



ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

**2.<sup>a</sup> Edição do Mestrado em Fisioterapia (2.º Ano)**

**Ano Letivo 2011-12**

**Módulo de Estágio**  
**Hospital São Francisco Xavier e**  
**Centro de Saúde de Sintra**

**Discente**

Joana Silva

**Orientadores**

Fisioterapeuta Fátima Sancho

Fisioterapeuta Patrícia Almeida

**Tutores**

Fisioterapeuta Inês Valente

Fisioterapeuta Paula Domingos

**Alcoitão, agosto 2012**

## Resumo

A Saúde da Mulher é uma das áreas de intervenção da Fisioterapia que abrange áreas distintas como a Preparação para o Nascimento, o pós-parto e as disfunções do pavimento pélvico.

O estágio efetuado teve como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas para a intervenção nesta área.

Este trabalho pretende analisar o processo inerente à realização do estágio.

Com o estudo de caso apresentado analisa-se a intervenção realizada numa classe de Preparação para o Nascimento e avaliam-se os resultados obtidos.

Os resultados demonstram que a Preparação para o Nascimento revelou-se uma mais-valia para o bem-estar e qualidade de vida não só das utentes mas, também, da sua futura família. Porém, para que a intervenção seja ainda mais efetiva e individualizada seria vantajoso que o fisioterapeuta procedesse a uma avaliação objetiva e individualizada das utentes e que a Preparação para o Nascimento se baseasse num trabalho multidisciplinar, com interação entre vários profissionais de saúde.

Índice	Página
Parte 1 – Desempenho em estágio .. .. .	6
1. Introdução .. .. .	6
2. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal .. .. .	14
3. Caracterização da unidade de estágio .. .. .	27
3.1 Centro de Saúde de Sintra .. .. .	27
3.2 Hospital São Francisco Xavier .. .. .	32
4. Caracterização dos utentes e da intervenção .. .. .	35
4.1 Centro de Saúde de Sintra .. .. .	35
4.2 Hospital São Francisco Xavier .. .. .	43
5 Projeto de implementação de melhorias do local de prática .. .. .	67
5.1 Centro de Saúde de Sintra .. .. .	67
5.2 Hospital São Francisco Xavier .. .. .	68
6 Conclusão .. .. .	69
7 Bibliografia .. .. .	70
8 Apêndices .. .. .	73
Apêndice I .. .. .	74
Apêndice II .. .. .	75
Apêndice III .. .. .	76
Apêndice IV .. .. .	77
Apêndice V .. .. .	78
Apêndice VI .. .. .	79
Apêndice VII .. .. .	80
Apêndice VIII.. .. .	81
Apêndice IX .. .. .	82

	Apêndice X	..	..	..	..	..	..	83
	Apêndice XI	..	..	..	..	..	..	84
	Apêndice XII	..	..	..	..	..	..	85
	Apêndice XIII	..	..	..	..	..	..	86
	Apêndice XIV		..	..	..	..	..	87
	Apêndice XV	..	..	..	..	..	..	88
	Apêndice XVI		..	..	..	..	..	89
	Apêndice XVII		..	..	..	..	..	90
	Apêndice XVIII		..	..	..	..	..	91
	Apêndice XIX		..	..	..	..	..	92
	Apêndice XX	..	..	..	..	..	..	93
9	Anexos	..	..	..	..	..	..	94
	Anexo I	..	..	..	..	..	..	95
	Anexo II	..	..	..	..	..	..	96
	Anexo III	..	..	..	..	..	..	97
	Parte 2 – Estudo de Caso	..	..	..	..	..	..	98
	1. Resumo	..	..	..	..	..	..	98
	2. Introdução	..	..	..	..	..	..	98
	3. Descrição do caso	..	..	..	..	..	..	109
	4. Intervenção	..	..	..	..	..	..	129
	5. Discussão	..	..	..	..	..	..	135
	6. Conclusão	..	..	..	..	..	..	140
	7. Bibliografia	..	..	..	..	..	..	143
	8. Apêndices	..	..	..	..	..	..	148
	Apêndice I	..	..	..	..	..	..	149
	Apêndice II	..	..	..	..	..	..	150

Apêndice III	..	..	..	..	..	..	..	151
Apêndice IV	..	..	..	..	..	..	..	152
Apêndice V	..	..	..	..	..	..	..	153
Apêndice VI	..	..	..	..	..	..	..	154
Apêndice VII	..	..	..	..	..	..	..	155
Apêndice VIII	..	..	..	..	..	..	..	156
Apêndice IX	..	..	..	..	..	..	..	157
Apêndice X	..	..	..	..	..	..	..	158
Apêndice XI	..	..	..	..	..	..	..	159
Apêndice XII	..	..	..	..	..	..	..	160
Apêndice XIII	..	..	..	..	..	..	..	161
Apêndice XIV	..	..	..	..	..	..	..	162
Apêndice XV	..	..	..	..	..	..	..	163
Apêndice XVI	..	..	..	..	..	..	..	164
Apêndice XVII	..	..	..	..	..	..	..	165
Apêndice XVIII	..	..	..	..	..	..	..	166
Apêndice XIX	..	..	..	..	..	..	..	167
Apêndice XX	..	..	..	..	..	..	..	168
Apêndice XXI	..	..	..	..	..	..	..	169
Apêndice XXII	..	..	..	..	..	..	..	170
Apêndice XXIII	..	..	..	..	..	..	..	171
Apêndice XXIV	..	..	..	..	..	..	..	172
Apêndice XXV	..	..	..	..	..	..	..	173
Apêndice XXVI	..	..	..	..	..	..	..	174
Apêndice XXVII	..	..	..	..	..	..	..	175
Apêndice XXVIII	..	..	..	..	..	..	..	176
Apêndice XXIX	..	..	..	..	..	..	..	177

Apêndice XXX	..	..	..	..	..	..	178
Apêndice XXXI	..	..	..	..	..	..	179
Apêndice XXXII	..	..	..	..	..	..	180
Apêndice XXXIII	..	..	..	..	..	..	181
Apêndice XXXIV	..	..	..	..	..	..	182
Apêndice XXXV	..	..	..	..	..	..	183
Apêndice XXXVI	..	..	..	..	..	..	184
Apêndice XXXVII	..	..	..	..	..	..	185
Apêndice XXXVIII	..	..	..	..	..	..	186
Apêndice XXXIX	..	..	..	..	..	..	187
Apêndice XL	..	..	..	..	..	..	188
Parte 3 – Considerações finais	..	..	..	..	..	..	189
1. Relação entre as duas partes do trabalho	..	..	..	..	..	..	189
2. Ganhos pessoais	..	..	..	..	..	..	189
3. Limitações pessoais	..	..	..	..	..	..	190
4. Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, apresentando dificuldades e oportunidades ..	..	..	..	..	..	..	192
5. Propostas futuras de desenvolvimento da profissão, apresentando dificuldades e oportunidades ..	..	..	..	..	..	..	193
Parte 4 – Parecer final do tutor	..	..	..	..	..	..	194
Parte 5 – Curriculum Vitae do aluno	..	..	..	..	..	..	195

## Parte 1 – Desempenho em estágio

### 1. Introdução

Nos dias de hoje, não existe ainda uma definição consensual de Saúde. A definição mais comumente utilizada é a da Organização Mundial de Saúde, de 1946, em que Saúde é o estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (“a complete state of physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”) (Üstun, et al. 2005). Esta definição de Saúde tem em consideração diversos fatores promotores da saúde, mais exatamente, as múltiplas facetas da existência do ser humano, opondo-se à definição de Saúde do modelo biomédico que apenas tem em consideração a ausência da doença (ausência de fatores físicos) não considerando a perspetiva psicossocial do indivíduo (Üstun, et. al, 2005).

Relativamente à Mulher, e mais propriamente à Saúde da Mulher, apenas nos anos 80 é que começaram a surgir pesquisas médicas neste âmbito, referentes aos cuidados de saúde especializados mas só nos anos 90 é que estes se tornaram significativos (Üstun, et. al, 2005).

Os objetivos do Milénio, definidos em 2000, a serem atingidos até o ano de 2015, pela Organização das Nações Unidas (ONU), são 8 e dois destes objetivos dizem diretamente respeito às mulheres (ONU, 2010):

- Igualdade de género (que inclui a igualdade de acesso aos cuidados de saúde);
- Saúde Materna – reduzir em 75% a taxa de mortalidade materna.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) encontra-se igualmente preocupada com diversos fatores socioculturais (relações desiguais a nível do poder entre homens e mulheres, normas sociais que diminuem as oportunidades de educação e emprego remunerado, existência de um foco exclusivo nas funções reprodutivas das mulheres, existência real ou potencial de violência física, sexual e emocional sobre as mulheres) que impedem as mulheres de beneficiar de serviços de saúde de qualidade e de atingirem o melhor nível possível de saúde (OMS, 2012).

A Saúde da Mulher, propriamente dita, vai para além dos cuidados de saúde básicos, já por si tão desiguais (OMS, 2012).

Uma das definições, mais utilizada, de Saúde da Mulher é a enunciada pelos Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos da América. Nesta definição, uma condição, só pode ser considerada como condição de Saúde da Mulher se cumprir os seguintes requisitos: ser única, mais prevalente, mais séria e ter diferentes fatores de risco ou necessitar de uma intervenção diferente para as mulheres ou para um subgrupo das mulheres. Como exemplo, mais comum, destas condições temos a gravidez e a menopausa (Irion, J. et al 2010).

A maioria destas condições específicas das mulheres estão relacionadas com a saúde do Sistema Reprodutivo, alterações ginecológicas mas também, desordens alimentares, osteoporose, neoplasias da mama/linfedemas, neoplasias do Sistema Reprodutivo, lesões desportivas específicas, ou mais comuns, nas mulheres (Irion, J. et al 2010)...

Considerando a definição referida de Saúde da Mulher, o primeiro registo da intervenção da Fisioterapia, nesta área, é de 1912, no Reino Unido, em que uma enfermeira, parteira e fisioterapeuta estabeleceu uma rotina de exercícios para restaurar a saúde das mulheres após o parto. Desde então, a Fisioterapia, tem desenvolvido a sua atividade noutras áreas além da Preparação para o Nascimento e o Pós-Parto, passando a incluir tratamentos em mulheres com disfunções ginecológicas e do sistema urinário, cuidados e prevenção da osteoporose, síndrome de dor crónica, gestão de complicações após as neoplasias mais comuns em mulheres e do seu tratamento, etc... Pode, portanto, afirmar-se que a Fisioterapia trata questões relacionadas com a Saúde da Mulher durante as diferentes etapas da sua vida, da adolescência à 3ª idade (Irion, J. et al 2010).

É neste âmbito da Fisioterapia que este estágio, e consequentemente este relatório, foi realizado.

Este trabalho diz respeito ao estágio no decurso do Mestrado na área da Saúde da Mulher. O estágio teve a duração de 156 horas e foi realizado em dois lugares distintos, o Centro de Saúde de Sintra e o Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa.

No Centro de Saúde de Sintra, o estágio foi realizado em duas áreas específicas da Saúde da Mulher: Preparação para o Nascimento e Pós-Parto. No Hospital São Francisco Xavier, além da Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto, o estágio foi também realizado na área das Disfunções do Pavimento Pélvico (aproximadamente 5 horas).

A Preparação para o Nascimento, na área da Saúde da Mulher, tem como objetivo ajudar e esclarecer os pais sobre esta nova etapa da sua vida.



Durante a gravidez, os pais preparam-se física e emocionalmente para o que é, possivelmente, a maior responsabilidade das suas vidas. Neste momento, os pais começam a ver-se a si próprios, o outro e o mundo de forma diferente (Schott, J. 2002).

As alterações físicas são talvez as mais evidentes, no entanto, é também um momento em que os pais revêem todos os aspetos do seu estilo de vida. Existem também alterações emocionais que permitem aos pais tornarem-se mais sensíveis e alertas. As mulheres têm tendência para rir e chorar mais facilmente e muitos homens sentem-se mais ansiosos e agitados (Schott, J. 2002).

As sessões da Preparação para o Nascimento, de acordo com o Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher (2012), têm, os seguintes objetivos (4):

- Entender melhor o que se irá passar nas últimas semanas da gravidez;
- Saber lidar com algumas queixas típicas da gravidez;
- Conseguir identificar os vários sinais de parto e qual a atitude a tomar perante cada um deles;
- Aprender a relaxar;
- Adequar a sua respiração ao período de dilatação e expulsão;
- Aprender como e onde “fazer força” na fase de expulsão;
- Conhecer o processo fisiológico de amamentação;
- Adquirir os conhecimentos necessários para resolver os principais problemas decorrentes da amamentação;
- Aprender os cuidados básicos de higiene do bebé;
- Saber cuidar de si própria, não só como mãe mas como mulher;
- Entender as alterações que o novo membro vai trazer ao seio da família e a necessidade de adequá-las de forma a garantir o bem-estar de todos.

Desta forma, através da transmissão de conhecimentos e do esclarecimento de dúvidas, pretende-se diminuir o *stress* e a ansiedade dos pais relativamente ao momento do parto, ao puerpério e à maternidade, tal como ajudar a resolver questões do foro Músculo-esquelético, Disfunções do Pavimento Pélvico e outras alterações próprias da gravidez. Pretende-se educar de forma a prevenir lesões músculo-esqueléticas, providenciar informação e aconselhamento com o objetivo de resolver ou minimizar os desconfortos da gravidez, preparar para as alterações que vão ocorrer durante a gravidez e após o nascimento do bebé, avaliar e tratar disfunções a nível do sistema músculo-esquelético e das disfunções do Pavimento Pélvico, transmitir estratégias para lidar com

o parto, promover estilos de vida saudáveis e diminuir o *stress* e a ansiedade dos pais relativamente ao momento do parto, ao puerpério e à maternidade.

A gravidez, o parto e o puerpério são bastante exigentes, quer a nível físico quer psíquico, para a mulher (Henscher, U. 2007). Além disso, no puerpério, o contacto e a adaptação ao recém-nascido levam, também, a uma grande adaptação de ambos os pais, quer como indivíduos, quer como mãe/pai e como casal. O Pós-Parto, no entanto, levanta também muitas dúvidas, questões e insegurança aos pais.

Os objetivos das sessões do Pós-Parto são, deste modo, ajudar os pais a encontrarem soluções para os seus problemas, conhecer melhor o seu bebé; ajudar a mãe a recuperar a forma física; trocar experiências e vivências com os outros pais (GIFSM, 2012).

De acordo com o Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher (2012), as sessões de Pós-Parto cumprem as seguintes finalidades:

- Melhor conhecimento/perceção dos bebés por parte dos pais;
- Melhor solução para os problemas decorrentes da amamentação;
- Aprender exercícios de fortalecimento, alongamento e mobilidade;
- Ser orientado na escolha dos materiais e locais mais adequados para as várias atividades com o bebé;
- Aprender a prevenir/tratar perdas de urina, ensinando as mães a contrair os Músculos do Pavimento Pélvico;
- Estabelecer um diálogo e uma relação única entre os pais e os bebés;
- Identificar as etapas do desenvolvimento do bebé;
- Perceber melhor a sexualidade, por parte do casal.

Um acompanhamento próximo, nesta etapa, é essencial para garantir o bem-estar dos pais, através do esclarecimento de dúvidas e da resolução de possíveis complicações. Por outro lado, estas sessões são essenciais para a recuperação física das mães, após o parto.

As Disfunções do Pavimento Pélvico podem ser observadas numa grande variabilidade de patologias (Incontinência Urinária; Incontinência Fecal; Prolapsos dos Órgãos Pélvicos; Obstipação; Disfunção Sexual ...). o diagnóstico das Disfunções do Pavimento Pélvico, especialmente da Incontinência Urinária têm-se tornado cada vez

mais comuns entre os adultos e, conseqüentemente, um grave problema de Saúde Pública, no nosso país (Chiarelli, P. 1999).

Estas patologias têm, normalmente, efeitos profundos na qualidade de vida e na realização das atividades do dia-a-dia, das mulheres (Chiarelli, P. 1999). As implicações sociais (especialmente a Incontinência Urinária e a Incontinência Fecal) comportam a diminuição da autoestima, a restrição da realização de atividades a nível social, profissional e sexual (Napal Ros, C. 2004), podendo, muitas vezes, levar à depressão (Bernardo, C. 2008).

Para o tratamento destas disfunções existem diversas alternativas: tratamento cirúrgico, farmacológico e alternativas não cirúrgicas. É neste tipo de tratamento (não cirúrgico), que a Fisioterapia está incluída, sendo, muitas vezes, uma alternativa eficaz, evitando-se a cirurgia, os riscos que lhe são inerentes, bem como, o tempo de convalescença, diminuindo, também, o custo para o Serviço Nacional de Saúde.

O Fisioterapeuta encontra-se numa posição favorável para aplicar o tratamento nesta área, através de uma avaliação específica e de técnicas também específicas, do ensino do utente e do treino funcional.

A eficácia destes tratamentos encontra-se, no entanto, muito ligada à participação do utente e à sua colaboração no tratamento pois, para a reabilitação pélvica, o Fisioterapeuta ensina diversas estratégias que cabem ao utente aplicar, durante o dia e nas situações apropriadas.

#### Objetivos do estágio:

Os objetivos definidos para o estágio eram semelhantes para o Centro de Saúde de Sintra e para o Hospital São Francisco Xavier, no que diz respeito às áreas de Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto. Foram, também, definidos objetivos específicos para a área de Incontinência Urinária, no Hospital São Francisco Xavier.

À área de Preparação para o Nascimento corresponderam os seguintes objetivos:

- Aprofundar o conhecimento sobre as alterações fisiológicas da gravidez, os problemas mais comuns e as formas de aliviar os sintomas associados a essas alterações.
- Aprofundar o conhecimento de diversas temáticas importantes para os futuros pais e reconhecer os temas/assuntos mais importantes, a serem transmitidos aos futuros pais.

- Aprender a detetar situações de risco emocional na mãe/pai, ou em ambos. Este objetivo implica: compreender os fatores/sintomas de risco, a nível emocional/psicológico, que possam vir a ter um desenvolvimento negativo previamente, no momento e/ou posteriormente, ao parto; aprender a detetar estes fatores/sintomas de risco, para um possível acompanhamento mais próximo e atento ou, mesmo, para o encaminhamento para um profissional mais qualificado;
- Aprender a detetar situações de risco, a nível físico da mãe, aprofundando conhecimentos sobre sintomas que podem ser o prenúncio de ocorrências prejudiciais para a mãe e/ou para o feto.
- Aprofundar os temas essenciais a serem apresentados aos pais, e compreender o grau de importância que estes lhe atribuem, entendendo o que lhes causa maior, ou menor, preocupação ou *stress*.
- Entender como é que o pai está a viver o momento da gravidez, através da interação com este, durante as classes, ou através do que a mãe diz, de forma a poder transmitir-lhe a importância que tem nesta nova fase e no assumir o seu novo papel de pai, ajudando, assim, o pai, o casal e a relação familiar.
- Aumentar a capacidade de preparar as sessões de Preparação para o Nascimento, definindo previamente quais os pontos mais importantes a transmitir aos pais.

Relativamente ao Pós-Parto os objetivos definidos foram:

- Aprofundar o conhecimento sobre as alterações fisiológicas próprias do Pós-Parto, os problemas mais comuns, que lhe estão associados, e a forma de aliviar os sintomas inerentes.
- Conseguir organizar, estruturar e dinamizar as classes de Pós-Parto tendo em consideração os casais presentes e os seus problemas específicos.
- Melhorar a capacidade de escolher e organizar os exercícios mais apropriados às mães.
- Aprofundar os conhecimentos, em diversas temáticas, relacionados com o Pós-Parto que possam vir a ser apresentadas, às mães, no decorrer das sessões.
- Melhorar a interação com os bebés de forma a poder dar apoio às mães, em qualquer momento que seja necessário, no decorrer das classes.

- Aprender a determinar quais as temáticas mais relevantes, para as mães presentes, tendo em consideração as suas características pessoais.
- Aumentar a capacidade de detetar, nas mães, situações de possível ocorrência de alguma alteração emocional/psicológica de forma a poder realizar um acompanhamento mais próximo e atento, e/ou encaminhar para outro profissional de saúde, com conhecimentos sobre o problema.
- Entender como é que o pai está a viver esta nova etapa da vida e aprender estratégias que possam ajudá-lo a ultrapassar algumas dificuldades/incertezas.

Relativamente ao estágio na área de Incontinência Urinária, no Hospital São Francisco Xavier, foram definidos os seguintes objetivos:

- Aprofundar os conhecimentos relativamente às alterações fisiológicas na presença de patologia no Sistema Urinário/Fecal tal como, nas diversas patologias deste sistema.
- Aumentar a capacidade de reconhecer e avaliar as alterações fisiológicas na presença de patologia associada ao Sistema Urinário/Fecal.
- Compreender a influência da presença de patologia do Sistema Urinário/Fecal em todos os campos da vida do utente (social, emocional, profissional, psicológico e sexual).
- Aumentar a capacidade de raciocínio clínico de forma a criar hipóteses relativamente à causa da incontinência/disfunção, no decorrer do exame subjetivo, para confirmação, ou não, através de exame físico.

No início do estágio, foram, também, definidos objetivos gerais respeitantes a todas as áreas de estágio. Assim, relativamente à exposição/interação com os utentes, foram definidos os seguintes objetivos:

- Melhorar a capacidade de comunicar/interagir com as classes;
- Aumentar o à vontade da exposição verbal perante um grupo;
- Aumentar a capacidade de transmitir informação de uma forma clara e objetiva, levando os futuros pais/utentes a entenderem a mensagem que está a ser transmitida.
- Entender o que preocupa o(s) utente(s) para que o Fisioterapeuta diminua a sua ansiedade;

- Aumentar a autoconfiança na exposição verbal das temáticas, apresentadas perante as classes.

Relativamente à minha prestação e reflexão das sessões dadas (autoavaliação e reflexão) foram definidos, à partida, os seguintes objetivos:

- Melhorar a capacidade de autoavaliação e raciocínio clínico no decorrer do estágio;
- Entender quais as lacunas existentes relativamente às diversas áreas do estágio, mais especificamente, a nível das temáticas abordadas.

Tendo em consideração os objetivos propostos, antes da realização do estágio, a elaboração deste relatório, além de ser uma forma de apresentar as ocorrências destas semanas, permite-me refletir, de forma aprofundada, sobre as realizações, ou seja: Que, e como, foi feito? Que poderia ter sido feito e de que forma? Quais os objectivos cumpridos e como foram cumpridos? Que objetivos não foram cumpridos e porquê?

Este relatório permitiu, também, realizar uma reflexão sobre a minha prestação quer no Hospital São Francisco Xavier, quer no Centro Saúde de Sintra, quais os fatores a alterar, melhorar e/ou manter, de modo consolidar os conhecimentos e a minha prática na área da Fisioterapia.

## 2. Plano de Desenvolvimento Profissional e Pessoal

### 2.1. Análise SWOT

	<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
<b>Interna</b>	<u>Forças</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa formação científica adequada ao desempenho;</li> <li>• Boa formação técnica específica na área da Saúde da Mulher;</li> <li>• Boa capacidade de adaptação;</li> <li>• Persistência;</li> <li>• Assiduidade;</li> <li>• Pontualidade</li> <li>• Dedicação;</li> <li>• Organização;</li> <li>• Boa capacidade de criar empatia;</li> <li>• Elevado interesse na área da Saúde da Mulher;</li> <li>• Elevada capacidade de pesquisa.</li> <li>• Proatividade;</li> </ul>	<u>Fraquezas</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca experiência profissional;</li> <li>• Insuficiente autoconfiança;</li> <li>• Baixa capacidade de improviso;</li> <li>• Dificuldades na autoavaliação;</li> <li>• Dificuldades na elaboração da autocrítica;</li> <li>• Dificuldade em lidar com a pressão.</li> </ul>
<b>Externa</b>	<u>Oportunidades</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior adesão da população portuguesa à Preparação para o Nascimento e Pós-Parto;</li> <li>• Maior conhecimento da intervenção da Fisioterapia nas Disfunções do Pavimento Pélvico por parte dos médicos e profissionais de saúde.</li> <li>• Formação em escola de referência.</li> </ul>	<u>Ameaças</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise económica;</li> <li>• Contenção orçamental com as despesas da Saúde</li> <li>• Baixas perspetivas de emprego;</li> <li>• Baixa perceção por parte da comunidade da intervenção do Fisioterapeuta na área da Saúde da Mulher;</li> <li>• Grande concorrência por parte de outros profissionais de saúde pela intervenção na área da Saúde da Mulher (PPN e PP).</li> </ul>

### 2.2. Contrato de aprendizagem inicial

#### Parte 1 – Competências a adquirir, definidas pela instituição de ensino

As competências específicas a adquirir, definidas pela instituição de ensino, inerentes à da profissão de Fisioterapeuta, são:

- Capacidade de aplicar técnicas apropriadas de avaliação de Fisioterapia;
- Utilização eficiente e segura de exercícios terapêuticos, englobando tomada de decisões, definição de objetivos e desenho de programas de exercícios;
- Utilização eficiente e segura de terapia manual, na aplicação de mobilização, manipulação, massagem e técnicas de terapia respiratória;

- Utilização eficiente e segura de meios electrofísicos, na seleção e aplicação de diversas modalidades baseadas na utilização terapêutica de energia elétrica, térmica, luminosa, sónica e magnética;
- Utilização eficiente e segura do meio aquático, na seleção e aplicação de diversas modalidades baseadas na utilização terapêutica dos princípios hidrodinâmicos e terapêuticos;
- Compreensão básica do processo científico e suas repercussões na prática da Fisioterapia;
- Compreensão do papel do fisioterapeuta na prevenção da doença e lesão e na promoção da saúde.

As competências a adquirir no decorrer do mestrado são:

- Compreensão aprofundada das ciências biológicas, físicas e comportamentais que suportam a Fisioterapia;
- Capacidade para usar o conhecimento aprofundado e a compreensão em contextos de intervenção específicos;
- Analisar e avaliar criticamente a evidência e a aplicabilidade prática;
- Desenvolver e dirigir programas de intervenção para populações com necessidades de saúde específicas;
- Contribuir para a análise e desenvolvimento do corpo de conhecimentos, usando, transversalmente, competências especializadas numa área de estudo;
- Contribuir para o desenvolvimento da Fisioterapia através da criação/implementação/divulgação de novos conhecimentos e de novas práticas;
- Planear e gerir os recursos inerentes aos serviços de Fisioterapia e contribuir para as políticas de desenvolvimento da organização.

De acordo com Perfil de Competências de Formação para o 1.º e 2.º Ciclo as principais competências a adquirir ao nível do 2.º Ciclo são:

- Gerar ideias através da análise dos conceitos, a nível abstrato, com o domínio de competências especializadas e da formulação de respostas a problemas bem definidos e abstratos;
- Analisar e avaliar informação;



- Emitir juízos relevantes, numa ampla gama de funções, e aceitar responsabilidades pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupo;
- Rever criticamente, consolidar e aumentar um corpo sistemático e coerente de conhecimento, usando transversalmente competências especializadas numa área de estudo;
- Avaliar criticamente novos conceitos e a evidência de uma amplitude de fontes; transferir e aplicar competências de diagnóstico e criatividade, ajuizando de forma relevante numa gama de situações; aceitar responsabilidades pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos.

De acordo com as competências gerais dos graduados do 2.º Ciclo, as competências que o aluno deve adquirir são:

- Relativamente às competências genéricas e habilitadoras:
  - Domínio da capacidade de avaliação, permitindo a adaptação/criação de novos métodos/técnicas seguras e eficientes e a interpretação criativa dos dados, no contexto de novos conceitos e evidências;
  - Utilização da informação, suficiente, recolhida a partir do processo de avaliação, tendo em vista a elaboração de um plano de intervenção específico e eficiente, com o utente, utilizando capacidades de resolução de problemas e de raciocínio clínico;
  - Processo de avaliação e investigação suficientemente desenvolvido para geral ideias, a nível abstrato, e de as rever criticamente, de modo a consolidar e aumentar o corpo de conhecimentos, no que respeita à seleção e avaliação das intervenções terapêuticas;
  - Reflexão, e capacidade de participação no processo de aprendizagem, de modo a identificar objetivos pessoais e profissionais, a serem atingidos através do desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida, aceitando responsabilidades pela definição e alcance de resultados pessoais e/ou de grupos;

- Domínio das competências estatísticas e de tecnologias de informação que permitam apresentar, tratar e analisar dados criticamente, contribuindo para a consolidação e aumento do corpo de conhecimentos;
- Desenvolver metodologias, e emitir juízos relevantes, sobre sistemas de gestão de dados e registo dos utentes/clientes;
- Domínio das competências interpessoais de forma a permitir aceitar a responsabilidade pela definição e pela atribuição de resultados, quer individuais quer de grupo.

## **Parte 2 – Competências a adquirir, definidas pelo Tutor**

As competências definidas pelo tutor relativamente à área de Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto foram:

- Domínio das capacidades de avaliação e intervenção, quer em grupo quer individualmente, de modo a permitir a adoção e/ou criação de métodos/técnicas seguras e eficientes devidamente fundamentadas;
- Identificar os pontos/aspetos mais importantes a transmitir aos pais/puérperas em cada sessão;
- Desenvolver a relação terapeuta/casal ou grávida ou terapeuta/puérpera.
- Desenvolver estratégias de dinamização dos grupos nas áreas de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto.
- Consolidar os conhecimentos técnico-práticos adquiridos nas aulas.
- Desenvolver estratégias de autoavaliação e capacidade de inovação, assim como, de espírito crítico.
- Desenvolver o raciocínio clínico com base na fundamentação teórica.
- Elaborar com correção um folheto de Pós-Parto imediato (Ver Apêndice I).
- Apresentar os temas, de forma esquemática, e concretizar os objetivos definidos para cada sessão (Preparação para o Nascimento/Pós-Parto).

Relativamente à área da Incontinência Urinária, podem enunciar-se as seguintes competências definidas pelo tutor:

- Despertar para a necessidade de analisar o Períneo como um todo, em todas as suas funções;
- Consolidar e aprofundar os conhecimentos técnicos;
- Identificar as lacunas de aprendizagem/conhecimentos em relação às condições perineais e procurar estratégias para as ultrapassar;
- Identificar os mecanismos fisiopatológicos de cada condição observada, tal como os principais problemas e estratégias de intervenção, com devido fundamento teórico.
- Desenvolver o raciocínio clínico e espírito crítico com base na fundamentação teórica.
- Despertar para a necessidade de fazer formação na área das disfunções sexuais e anorretais.

### **Parte 3 - Diagnóstico das necessidades de aprendizagem**

1. Melhorar a capacidade de comunicação perante um grupo;
2. Rever as matérias a abordar nas aulas;
3. Aumentar o conhecimento das temáticas a abordar nas classes;
4. Aumentar a autoconfiança na exposição das temáticas a abordar nas classes;
5. Aumentar o nível de experiência na área da Saúde da Mulher, mais especificamente, na área de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto;
6. Aumentar a capacidade de avaliar as alterações, quer físicas quer psicológicas, presentes durante a gravidez e no período após o parto;
7. Aumentar o nível de experiência na área da Saúde da Mulher, mais especificamente, na área da Incontinência Urinária;
8. Aumentar a capacidade de avaliar as alterações físicas, emocionais, psicológicas, e sociais na presença de alterações da continência (quer urinária, quer fecal) ou na disfunção sexual.

**Parte 4 - Objetivos de aprendizagem**

1. Melhorar a capacidade de comunicar perante as classes, aumentando o à vontade de comunicar perante um grupo, através da prática e do estudo do processo de aprendizagem de adultos, no espaço de 3 semanas, após o início do estágio;
2. Rever e aumentar o conhecimento das alterações fisiológicas da gravidez, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de uma semana;
3. Rever e aumentar o conhecimento das alterações respiratórias durante a gravidez e no parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de uma semana;
4. Rever e aumentar o conhecimento da temática de prevalência da Incontinência Urinária na gravidez e no Pós-Parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de uma semana;
5. Rever e aumentar o conhecimento da temática da nutrição, durante a gravidez, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de uma semana;
6. Rever e aumentar o conhecimento da temática da experiência psicológica da grávida, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de uma semana;
7. Rever e aumentar o conhecimento da temática da gravidez de risco, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
8. Rever e aumentar o conhecimento da temática do trabalho de parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
9. Rever e aumentar o conhecimento da contribuição das posições e movimentos fisiológicos no decorrer do trabalho de parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
10. Rever e aumentar o conhecimento sobre a analgesia no trabalho de parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;

11. Rever e aumentar o conhecimento da temática do parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
12. Rever e aumentar o conhecimento da temática da amamentação, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
13. Rever e aumentar o conhecimento sobre qual o papel do pai, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de duas semanas;
14. Rever e aumentar o conhecimento sobre quais as perturbações psicológicas do puerpério, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
15. Rever e aumentar o conhecimento das algias no Pós-Parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
16. Rever e aumentar o conhecimento sobre quais as alterações no Pós-Parto, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
17. Rever e aumentar o conhecimento da temática do sono do bebé, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
18. Rever e aumentar o conhecimento da temática da alimentação do bebé, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
19. Rever e aumentar o conhecimento da temática do bebé e a família, através do estudo das aulas dadas durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
20. Rever e aumentar o conhecimento sobre o relaxamento fisiológico, segundo Laura Mitchell, e memorizar a sequência deste, através do estudo das aulas dadas, durante o mestrado, e de literatura de referência sobre o tema, no espaço de três semanas;
21. Melhorar a capacidade de identificar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, através do estudo da bibliografia existente e da prática clínica, no espaço de duas semanas após o início do estágio;

22. Melhorar a capacidade de diagnosticar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, através do estudo da bibliografia existente e da prática clínica, no espaço de duas semanas após o início do estágio;
23. Melhorar a capacidade de avaliar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, através do estudo da bibliografia existente e da prática clínica, no espaço de duas semanas após o início do estágio;
24. Aumentar a capacidade de reconhecer e avaliar as alterações psicológicas presentes durante a gravidez e no período após o parto, através do estudo e da prática clínica, no espaço de 3 meses;
25. Aumentar a autoconfiança na exposição verbal das temáticas a abordar nas classes, através da prática clínica, no espaço de 3 meses;
26. Aumentar o nível de experiência na área da Saúde da Mulher, mais especificamente na área de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto, através da prática clínica, no espaço de 3 meses.

#### **Parte 5 - Estratégias de aprendizagem e recursos**

1. Melhorar a capacidade de comunicar perante as classes, no espaço de 3 semanas, após o início do estágio;
  - Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica;
    - Através do estudo do processo de aprendizagem dos adultos.
  - Critérios de aquisição de aprendizagem:
    - Através do aumento da vontade na exposição verbal, aos participantes da classe;
    - Através do *feedback* dado pelo tutor;
    - Através do *feedback* dado pelas participantes nas aulas de Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto.
2. Rever e aumentar:
  - a. o conhecimento das alterações fisiológicas da gravidez, no espaço de uma semana;
  - b. o conhecimento das alterações respiratórias durante a gravidez e no parto, no espaço de uma semana;
  - c. o conhecimento da temática da prevalência da Incontinência Urinária na gravidez e no Pós-Parto, no espaço de uma semana;

- d. o conhecimento da temática da nutrição durante a gravidez, no espaço de uma semana;
  - e. o conhecimento da temática da experiência psicológica da gravidez, no espaço de uma semana;
  - f. o conhecimento da temática da gravidez de risco, no espaço de uma semana;
  - g. o conhecimento da temática do trabalho de parto, no espaço de duas semanas;
  - h. o conhecimento da contribuição das posições e movimentos fisiológicos no decorrer do trabalho de parto, no espaço de duas semanas;
  - i. o conhecimento sobre a analgesia no trabalho de parto, no espaço de duas semanas;
  - j. o conhecimento da temática do parto, no espaço de duas semanas;
  - k. o conhecimento da temática da amamentação, no espaço de duas semanas;
  - l. o conhecimento sobre qual o papel do pai, no espaço de duas semanas;
  - m. o conhecimento sobre as perturbações psicológicas durante o puerpério, no espaço de três semanas;
  - n. o conhecimento das algias no Pós-Parto, no espaço de três semanas;
  - o. o conhecimento sobre as alterações no Pós-Parto, no espaço de três semanas;
  - p. o conhecimento da temática do sono do bebé, no espaço de três semanas;
  - q. o conhecimento da temática da alimentação do bebé, no espaço de três semanas;
  - r. o conhecimento da temática do bebé e a família, no espaço de três semanas;
- Como alcançar os objetivos:
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante referente a cada temática.
  - Critérios de aquisição de aprendizagem:

- Observação da certeza de que as participantes entenderam tudo o que lhes foi transmitido;
  - Esclarecimento de todas as questões suscitadas pelas utentes;
  - Através da realização de folhetos/trabalhos, sobre a temática, apresentados e aprovados pelo tutor para, posteriormente, serem entregues às participantes das classes;
3. Rever e aumentar o conhecimento sobre o relaxamento fisiológico, segundo Laura Mitchell, e memorizar a sequência deste, no espaço de três semanas;
- a) Como alcançar os objetivos:
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante referente à temática;
    - Através da aplicação deste relaxamento.
  - b) Critérios de aquisição da aprendizagem:
    - Através da diminuição da dificuldade em orientar o relaxamento fisiológico segundo Laura Mitchell;
    - Verificar que as questões das participantes, nesta área, foram totalmente esclarecidas;
    - Através de *feedback* dado pelo tutor;
    - Através de *feedback* dado pelas participantes das classes.
4. Melhorar a capacidade de identificar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, no espaço de duas semanas após o início do estágio;
- a) Como alcançar os objetivos:
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante referente à temática.
  - b) Critérios de aquisição da aprendizagem:
    - Através do *feedback* dado pelo tutor;
    - Através dos resultados obtidos no decorrer dos possíveis tratamentos.
5. Melhorar a capacidade de diagnosticar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, no espaço de duas semanas após o início do estágio;
- a) Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica;
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante associada às patologias, à gravidez e ao puerpério.



- b) Critérios de aquisição da aprendizagem:
  - Através do *feedback* dado pelo tutor;
  - Através dos resultados obtidos no decorrer dos possíveis tratamentos.
- 6. Melhorar a capacidade de avaliar as patologias associadas à gravidez e ao Pós-Parto, no espaço de duas semanas após o início do estágio;
  - a) Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica;
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante referente à temática.
  - b) Critérios de aquisição da aprendizagem:
    - Através do *feedback* dado pelo tutor;
    - Através dos resultados obtidos no decorrer dos possíveis tratamentos.
- 7. Aumentar a capacidade de reconhecer e avaliar as alterações psicológicas presentes durante a gravidez e no período após o parto, no espaço de 3 meses;
  - a) Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica;
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através da leitura de literatura relevante referente à temática da alterações psicológicas passivas de ocorrer durante a gravidez e no período após o parto.
  - b) Critérios da aquisição da aprendizagem:
    - Através do *feedback* dado pelo tutor;
    - Através do *feedback* do profissional de saúde para onde a utente foi reencaminhada;
    - Através do *feedback* dado pela utente.
- 8. Aumentar a autoconfiança na exposição das temática a abordar nas classes;
  - a) Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica;
    - Através do estudo das aulas dadas durante o decorrer do mestrado;
    - Através do estudo de literatura relevante referente a todas as temáticas.
  - b) Critérios da aquisição da aprendizagem:
    - Através do meu à vontade na realização das atividades.

9. Aumentar o nível de experiência na área da Saúde da Mulher, mais especificamente, na área de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto, no espaço de 3 meses.
  - a) Como alcançar os objetivos:
    - Através da prática clínica.

### 2.3. Reavaliações do contrato

A reavaliação do contrato de aprendizagem não foi realizada de forma frequente e sistemática. O facto de o contrato de aprendizagem não ter sido realizado na semana anterior ao início do estágio mas sim um mês (aproximadamente) após o início deste, fez com que o contrato de aprendizagem já tivesse sido escrito tendo em consideração as dificuldades encontradas até à data. Como tal, existem apenas algumas alterações ao contrato de aprendizagem que foram definidas após a sua entrega.

Deveriam ser acrescentados os seguintes objetivos de aprendizagem:

- Aumentar a capacidade de selecionar temáticas relativamente ao Pós-Parto tendo em consideração a população que participa nas aulas e os seus problemas específicos.
- Encontrar estratégias que possam ajudar as mães a ultrapassar algumas situações problemáticas (Incontinência Urinária, amamentação, relação pai/mãe/bebé, relação mãe/bebé, relação pai/bebé).

### 2.4. *Feedback* obtido

O *feedback* dos utentes do Centro de Saúde de Sintra e do Hospital São Francisco Xavier foi obtido, quer na Preparação para o Nascimento quer no Pós-Parto, através inquérito por questionário (Apêndices II, III, IV, V, VI), elaborado pelo fisioterapeuta, não tendo sido avaliada a fidedignidade ou a validade do questionário.

Realizou-se este questionário de forma a entender qual a perceção das utentes relativamente às classes, após a sua realização, e qual o grau de satisfação relativamente ao conteúdo das classes e à prestação do Fisioterapeuta.

Seria no entanto importante, ter realizado esta avaliação com um instrumento validado para a população portuguesa que avaliasse as classes e a prestação do educador.

Os resultados obtidos no Centro de Saúde de Sintra relativamente à Preparação para o Nascimento encontram-se graficamente apresentados no Apêndice VII.

Os resultados obtidos no Centro de Saúde de Sintra relativamente ao Pós-Parto encontram-se graficamente apresentados no Apêndice VIII.

Os resultados obtidos no Hospital São Francisco Xavier relativamente à Preparação para o Nascimento encontram-se graficamente apresentados no Apêndice IX.

Os resultados obtidos no Hospital São Francisco Xavier relativamente ao Pós-Parto encontram-se graficamente apresentados no Apêndice X.

Como pode ser observado, através das respostas das utentes e dos acompanhantes, os resultados obtidos são bastante positivos concluindo-se que as utentes, e os utentes, se encontram satisfeitos com os cursos de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto. Contudo, não foi possível determinar as razões pelas quais as utentes se encontravam, ou não, totalmente satisfeitas pois o questionário não aprofundava os pontos positivos e negativos das classes. Apesar de o questionário nos permitir determinar que existe um grau de satisfação por parte das utentes, este não nos permite retirar grandes conclusões devido à forma como o questionário foi elaborado.

O *feedback* dado pelas tutoras do Hospital São Francisco Xavier encontra-se no Apêndice XI.

## 2.5. Reflexão final do processo

A criação de um contrato de aprendizagem pode ser extremamente benéfico e importante. Através da sua realização é possível ao tutor/orientador entender o que o aluno pretende, quais os seus objetivos no decorrer do estágio, quais os pontos em que o aluno não se sente tão confiante e aqueles que têm maior confiança nas suas capacidades.

Por outro lado, através do contrato de aprendizagem, o aluno, também, consegue compreender melhor aquilo que lhe é, ou será, pedido, no decorrer do estágio, e quais os aspetos que terá de atender/desenvolver com especial atenção.

Originalmente, o contrato de aprendizagem deveria ser realizado antes do início do estágio e, posteriormente, reavaliado no seu decurso. No entanto, por questões externas ao aluno e aos tutores do estágio, este contrato de aprendizagem foi iniciado já no decorrer do estágio e, por questões de limitações de tempo, foi, apenas, terminado aproximadamente um mês após o início do estágio. Desta forma, não foram realizadas as reavaliações do contrato de aprendizagem, devido ao facto de este já ter sido inicialmente realizado, levando em conta as dificuldades encontradas no decorrer do primeiro mês.

O processo não deixou, no entanto, de ser benéfico pois permitiu ao aluno compreender o que lhe era pedido e avaliar a sua prestação para poder realizar um contrato de aprendizagem específico, tendo em consideração quer as suas qualidades quer as suas dificuldades.

Tendo em consideração as competências, definidas pela instituição de ensino, considero que estas foram adquiridas. Registaram-se, no entanto, algumas limitações devido ao facto do estágio se realizar numa área tão específica da Fisioterapia não foram utilizadas todas as competências, como por exemplo, ao nível da utilização de meios eletrofísicos e do meio aquático.

Relativamente às competências definidas pelos tutores, tal como os objetivos propostos no decorrer do estágio, considero que estes foram alcançados permitindo a realização de autoavaliação positiva, perante cada uma das competências e objetivos propostos.

No entanto, teria sido interessante e benéfico realizar um questionário validado para a população portuguesa às participantes das diversas classes para ter um feedback credível e com suporte para todas as classes, o que não aconteceu.

### 3. Caracterização da Unidade de Estágio

#### 3.1. Centro de Saúde de Sintra

##### 3.1.1. Plano Nacional de Saúde

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010, em 2001 existiam 323 Centro de Saúde, responsáveis pelos Cuidados de Saúde Primários.

A partir do ano 2005, com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, assistiu-se a uma reorganização dos Centros de Saúde. Para otimizar a gestão, os Centros de Saúde foram reorganizados em agrupamentos (ACES) (Ministério da Saúde, 2010).

Desta forma, o Centro de Saúde de Sintra passou a integrar o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VIII – Sintra-Mafra, juntamente com o Centro de Saúde de Mafra e de Pêro Pinheiro. Este agrupamento tem como área geográfica todo o Concelho de Mafra e algumas Freguesias do Concelho de Sintra: Almargem do Bispo, Colares, Montelavar, Pêro Pinheiro, Santa Maria e São Miguel, São João das Lampas, São Martinho, São Pedro de Penaferim e Terrugem. Tendo em 2009, tinha 171 803 utentes inscritos, existindo apenas dois fisioterapeutas, um no Centro de Saúde de Mafra e outro no Centro de Saúde de Sintra (Ministério da Saúde, 2008).

Juntamente com a reorganização dos Centros de Saúde, e a criação dos agrupamentos, foram instituídas Unidades Funcionais, dentro dos Centros de Saúde. Estas Unidades Funcionais são equipas com funções e intervenções diferentes umas das outras. As Unidades Funcionais existentes são: Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada agrupamento, e Centro de Saúde, é constituído por diferentes tipos de equipas consoante os problemas e as necessidades de saúde específicas da população que abrange. Compete, no entanto, à Unidade de Saúde Pública o Observatório de Saúde, em toda a área do Agrupamento. Para tal esta unidade deve: proceder à vigilância epidemiológica; gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção; promover e proteger a saúde da população; elaborar informação e planos em domínios da Saúde Pública; colaborar no exercício das funções da Autoridade de Saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Cada equipa/unidade tem populações, missões, princípios, constituição, recursos e monitorização específicas e diferentes das outras equipas. No Centro de Saúde de Sintra as equipas existentes são USF, UCC, URAP, USP. Sendo que, a Fisioterapia está englobada na UCC e na URAP.

A UCC assenta em equipas multiprofissionais, incluindo equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP). A ECCI tem como objetivo prestar cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, cuidados de reabilitação e Fisioterapia, apoio psicológico e social (Ministério da Saúde, 2008).

A área de intervenção da UCC corresponde à área geográfica do Centro de Saúde. A sua missão é “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população... visando a obtenção de ganhos em saúde... prestar cuidados de Saúde e apoio psicológico

e social de âmbito domiciliário e comunitário... e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados” (Ministério de Saúde, 2008). O seu plano de ação baseia-se na intervenção junto de pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, em programas de proteção, promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população e intervenção integrada com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores (Ministério da Saúde, 2008).

Por seu lado, a URAP, junta vários profissionais de diversas áreas, de diversos Centros de Saúde com o objetivo de “prestar serviços complementares às atividades das restantes unidades... e contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença...”(Ministério de Saúde, 2008). Tem como funções integrar atividades desenvolvidas por outros profissionais, no âmbito dos processos e projetos realizados por outras unidades, responder a necessidades da comunidade referenciada, por outras unidades, e realizar projetos próprios, inovadores, criados tendo em consideração as necessidades da comunidade. Esta unidade tem também um papel fundamental nas “ligações funcionais com os hospitais promovendo a continuidade dos cuidados e facilitando o acesso a cuidados especializados...” (Ministério de Saúde, 2008).

É no contexto da URAP que surgem as classes de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto tendo este projeto sido implementado no ano de 1996, pela fisioterapeuta que se encontra ainda a estar presente nas sessões (Ft. Ana Paula Rocha) em estreita colaboração com a enfermeira Mónica Palha. Este projeto conta, também, com a colaboração da psicóloga Teresa Alcaso, que pertence à extensão da Várzea, e que, desde há sete anos, apresenta uma sessão a todos os grupos de Preparação para o Nascimento.

### 3.1.2. Descrição das instalações e dos equipamentos

O Pólo de Sintra (Centro de Saúde de Sintra) é constituído por diversas extensões, Várzea de Sintra, Sintra, São João das Lampas, Terrugem... Sendo que as sessões de Preparação para o Nascimento decorrem quer na extensão de São João das Lampas quer na Câmara Municipal de Sintra.

A cedência da sala disponibilizada pela Câmara, nas suas instalações, ao Centro de Saúde, para a realização das sessões, decorre de um acordo entre as duas entidades que contempla a gratuitidade da prestação de serviços mútuos. Esta sala, localiza-se no piso -1 das instalações da Câmara e não tem acesso através de elevador o que obriga as futuras mães a descerem um lance de escadas para chegarem à sala. É uma antiga sala de audiências com um estrado ao fundo, com alguns aquecedores e um *data show* o que possibilita a projeção de informação. O material (colchões, cunhas, almofadas, bola de Bobath, cadeiras) encontra-se numa antiga cela adjacente à sala.

A extensão do Centro de Saúde situado em São João das Lampas, onde se realiza não só uma classe de Preparação para o Nascimento mas também as classes de Pós-Parto, é relativamente recente, com boas instalações, localizadas num primeiro andar, com acesso através de elevador. Nesta sala, estão também disponíveis os diversos materiais, necessários ao funcionamento da classe, (colchões, cunhas, almofadas, bola de Bobath, cadeiras), não existindo, no entanto, *data show*, pelo que, nas sessões em que é utilizado o computador portátil, este é colocado no centro das utentes.

Apresenta-se, na Tabela 1, o horário das sessões de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto, na Câmara Municipal e em São João das Lampas.

	Preparação para o Nascimento	Pós-Parto
Câmara Municipal de Sintra	Segunda-feira: 10:00 – 12:00	
Extensão de São João das Lampas	Quinta-feira: 14:00 – 16:00	Sexta-feira: 15:00 – 16:30

Tabela 1 – Horário das sessões de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto

## 3.1.3. Análise SWOT

	<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
<b>Interna</b>	<u>Forças</u>	<u>Fraquezas</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boa estrutura organizativa e funcional do Agrupamento de Centros de Saúde e das Unidades Funcionais</li> <li>- Adequada formação técnica e científica dos recursos humanos especializados, especificamente fisioterapeutas</li> <li>- Qualidades pessoais e humanas dos recursos humanos especializados, especificamente fisioterapeutas</li> <li>- Correta orientação dos alunos estagiários por parte dos orientadores de estágio</li> <li>- Correta avaliação da situação clínica/psicológica do doente</li> <li>- Definição dos objetivos a atingir, pelo fisioterapeuta e da intervenção necessária para a reabilitação do utente</li> <li>- Definição de um plano de tratamento ajustado a cada caso.</li> <li>- Formação do utente através do ensino de comportamentos e atitudes essenciais à sua recuperação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de atualização técnico-científica dos recursos humanos, especificamente fisioterapeutas</li> <li>- Isolamento do fisioterapeuta em relação aos outros técnicos de saúde, devido à organização estrutural</li> <li>- Inexistência de partilha, discussão e de decisão face à situação clínica do utente</li> </ul>
<b>Externa</b>	<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisão dos agrupamentos de Centros de Saúde(ACES) em Unidades Funcionais</li> <li>- Autonomia administrativa dos Agrupamentos de Centros de Saúde</li> <li>- Autonomia organizacional, funcional e técnica das Unidades Funcionais</li> <li>- Possibilidade de adequação das políticas de saúde às necessidades específicas da população abrangida</li> <li>- Criação de parcerias com outras estruturas da comunidade local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extensa área territorial abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa VIII – Sintra - Mafra : o território compreende todo o concelho de Mafra e dez freguesias do Concelho de Sintra</li> <li>- Elevado número de utentes inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde: 171 803 utentes</li> <li>- Escassez de Recursos Humanos afetos ao ACES, tendo em conta a área e o número de utentes: dois fisioterapeutas para todo o Agrupamento</li> <li>- Política de contenção do deficit orçamental restritiva em relação aos gastos com a Saúde (recursos materiais e humanos).</li> </ul>



### 3.2. Hospital São Francisco Xavier

#### 3.2.1. Plano Nacional de Saúde

Em 2001, o Sistema Nacional de Saúde era constituído por um total de 88 hospitais, sendo que o Hospital São Francisco Xavier era um dos 13 hospitais centrais existentes.

Com a reforma do Sistema Nacional de Saúde foram criados novos centros hospitalares, tendo-se juntado diversos hospitais e fundido a sua gestão. Desta forma, em 2006 o Hospital São Francisco Xavier foi integrado no Agrupamento Hospitalar de Lisboa Ocidental juntamente com o Hospital Egas Moniz e o Hospital Santa Cruz.

O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental abrange um total de 400.000 habitantes e é o agrupamento de referenciação de cerca de 1.000.000 habitantes. Tem como principal missão a prestação de cuidados de saúde especializados à população da Zona Ocidental de Lisboa e à população de Oeiras.

Atualmente, o Serviço de Medicina de Reabilitação dispõe de vinte fisioterapeutas e presta serviços nas áreas de: lesões músculo-esqueléticas, a que corresponde o serviço de Ortopedia; lesões neuromusculares, a que corresponde a Medicina III e IV; alterações cardiorespiratórias, incluindo os cuidados intensivos e os cirúrgicos, nos primeiros inclui-se a Medicina III, o UNICAR (Cuidados Intermédios Cardíacos) e a Unidade de Cuidados Intensivos, nos segundos, engloba-se o CIC e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; serviço de Pediatria, constituído pela Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e a pela Uped. No serviço de Fisioterapia são também prestados cuidados em ambulatório, em todas as áreas da Fisioterapia presentes no Hospital.

É na área da Medicina Física de Reabilitação que são ministradas as sessões de Preparação para o Nascimento e de Pós-Parto e realizados os tratamentos na área das Disfunções do Pavimento Pélvico.

#### 3.2.2. Descrição das instalações e dos equipamentos

A Medicina Física de Reabilitação está localizada na área mais recente do Hospital São Francisco Xavier. É constituída por uma área reservada aos utentes e

familiares e outra reservada aos fisioterapeutas, auxiliares e utentes no decorrer dos seus tratamentos.

A área reservada aos utentes é constituída por uma sala de espera e por um guiché de atendimento, onde se encontra uma administrativa, que, além do atendimento do utente, confirma, ou não, a sua presença para os tratamentos.

A área reservada aos profissionais de saúde, e aos utentes no decorrer dos tratamentos, é constituída por: sala para os fisioterapeutas e para a direção do serviço; salas de tratamentos individuais e/ou eletroterapia; sala de hidroterapia; ginásio para adultos, equipado com diversos materiais (máquinas de fortalecimento, barras paralelas, pesos, tábuas de equilíbrio...) para utilizar no decorrer dos tratamentos; ginásio para criança, para tratamentos pediátricos; sala polivalente onde são ministradas as diversas classes, incluindo as sessões de Preparação para o Nascimento e de Pós-Parto, equipada com diversos materiais como colchões, bolas de Bobath, cadeiras, televisão, muda fraldas, cunhas, aquecedores e todo o material necessário para a realização das classes; sala “Zen” onde são realizados os tratamentos individuais das disfunções do Pavimento Pélvico e os tratamentos de Linfoedemas.

## 3.2.3. Análise SWOT

	<b>Positiva</b>	<b>Negativa</b>
<b>Interna</b>	<u>Forças</u>	<u>Fraquezas</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação científica e técnica adequada ao desempenho da função, por parte dos profissionais do serviço;</li> <li>- Elevada consciência profissional;</li> <li>- Preparação prévia e adequada das sessões;</li> <li>- Discurso fluente, correto e adequado aos utentes do serviço</li> <li>- Bom relacionamento humano com os utentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de uma equipa multidisciplinar nas sessões de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto que integre diferentes profissionais, como por exemplo, psicólogos;</li> <li>- Ausência de um acompanhamento personalizado da mãe quer entre o parto e o início das sessões Pós-Parto, quer após as sessões de Pós-Parto;</li> <li>- Intervalos de tempo excessivos entre as diferentes funções de desempenho dos fisioterapeutas, o que dificulta a especialização.</li> </ul>
<b>Externa</b>	<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequado funcionamento e organização do serviço clínico do hospital;</li> <li>- Adequado funcionamento dos serviços de informação ao utente;</li> <li>- Instalações adequadas e devidamente equipadas;</li> <li>- Pacientes interessadas e envolvidas na recuperação e no tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Política hospitalar de contenção de custos devido a restrições orçamentais;</li> <li>- A instabilidade dos recursos humanos e incerteza face ao futuro, devido a restrições orçamentais;</li> <li>- Possíveis restrições à formação contínua dos profissionais de saúde;</li> <li>- Desconhecimento, por parte de outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros...) de algumas das áreas de intervenção da Fisioterapia e das suas potencialidades.</li> </ul>

#### 4. Caracterização dos utentes e da intervenção

##### 4.1. Centro de Saúde de Sintra

##### 4.1.1. Necessidades de Cuidados de Saúde

As necessidades dos utentes do Centro de Saúde de Sintra são variadas abrangendo as diversas áreas da saúde, sendo para tal necessário muitas vezes a intervenção de diferentes profissionais.

Relativamente à intervenção da Fisioterapia, os utentes têm de ser, inicialmente, referenciados para o Serviço através do médico do utente, do hospital ou do Centro de Saúde de Sintra. Os utentes dos serviços de Fisioterapia têm de pertencer à área de residência do Centro de Saúde de Sintra. A grande maioria dos utentes dos serviços de Fisioterapia beneficiam do regime de atendimento ao domicílio, havendo, no entanto, também, tratamentos que são realizados na extensão de São João das Lampas. A grande maioria das intervenções nestes utentes, são na área da Neurologia, Músculo-Esquelética ou da Fisioterapia Respiratória.

No Centro de Saúde de Sintra, a fisioterapeuta, presente, tem de dar resposta a inúmeras patologias, em utentes nas diferentes etapas da vida (desde recém-nascidos até à terceira idade). Uma dessas etapas é o momento da gravidez, do parto e do puerpério, requerendo a ação da fisioterapeuta através das classes de Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto. No caso das sessões de Preparação para o Nascimento, no entanto, é realizada a inscrição na consulta de enfermagem, podendo qualquer utente inscrever-se, desde que pertença ao Centro Saúde de Sintra.

Os utentes que participam nas sessões de Preparação para o Nascimento são as grávidas e os seus acompanhantes. Estas sessões têm início entre as 27 e as 30 semanas de gestação, podendo, no entanto, ser englobadas na classe de mulheres com gestação inferior a 27 semanas, caso não existam utentes suficientes para fazer uma classe. São diversas as motivações para a presença nas sessões: as futuras mães procuram, na sua maioria, esclarecimentos sobre o momento do parto ou aconselhamento sobre como tratar do bebé, após o nascimento; os futuros pais, por seu lado, procuram conhecimentos sobre a melhor forma de apoiar as grávidas, no momento do parto, e de tratar do bebé, após o nascimento.

Nas sessões de Pós-Parto, as utentes que as frequentam são puérperas, que procuram recuperar a forma física, após a gravidez e o parto. As utentes iniciam as sessões quinze dias (em caso de parto vaginal) ou um mês (em caso de cesariana), após

o parto. No entanto, o número de mulheres que participa nas classes de pós-parto é significativamente inferior às mulheres que participam nas classes de preparação para o nascimento. Não tendo sido possível averiguar o motivo pelo qual isto ocorre existindo diversas possibilidades como:

- Falta de informação sobre a existência das classes;
- Não existir um reencaminhamento por parte dos médicos/enfermeiros/fisioterapeuta;
- Falta de disponibilidade das puérperas, etc...

#### 4.1.2. Papel do fisioterapeuta

O fisioterapeuta, no Centro de Saúde de Sintra, tem de intervir em inúmeras patologias, tendo como função ajudar à reabilitação dos utentes, através de diversas técnicas específicas da Fisioterapia.

No que refere à área da Saúde da Mulher, a ação do fisioterapeuta, na Preparação para o Nascimento, visa, fundamentalmente: transmitir informação sobre diferentes temáticas de intervenção, de forma simples e sucinta; apoiar os pais, esclarecendo as suas dúvidas e acalmando-os, quando necessário; diminuir as queixas apresentadas pelas utentes através da sugestão de estratégias específicas; indicar as diversas estratégias de alívio da dor e do desconforto no decorrer do parto; informar sobre uma vasta panóplia de instrumentos que permitam à futura mãe ultrapassar situações problemáticas que venham a ocorrer, quer durante a gravidez quer após o nascimento; disponibilizar conhecimentos à futura mãe para tratar, com êxito, do bebé; aumentar a autoconfiança dos pais, e a crença nas suas capacidades, para cuidarem do bebé.

Na área do Pós-Parto o fisioterapeuta tem um papel, essencialmente, de aconselhamento e de esclarecimento. Deste modo, aconselha a mãe relativamente ao exercício físico que esta pode/deve realizar, esclarece as suas dúvidas, ajuda a puérpera a acalmar-se, e a diminuir a sua ansiedade, realizando um programa de exercícios adequados para as utentes promovendo a diminuição de queixas dolorosas que possa ter. Tendo também um papel essencial no isentivo da amamentação por parte mãe.

#### 4.1.3. Registo dos utentes

##### **Caso clínico das sessões de Pós-Parto, Centro de Saúde de Sintra** (ficha clínica Apêndice XII)

O caso clínico aqui apresentado diz respeito a uma utente, técnica oficial de contas, de 41 anos que frequentou as classes de Pós-Parto no Centro de Saúde de Sintra, encontrando-se, no momento, de licença parental do primeiro filho.

Esta utente tinha frequentado também as classes de Preparação para o Nascimento no Centro de Saúde de Sintra, extensão da Câmara Municipal de Sintra, tendo iniciado as classes de Pós-Parto cinco semanas após o nascimento do bebé.

O parto ocorreu no dia 19 de janeiro de 2012, após rutura espontânea das membranas amnióticas, por via vaginal com auxílio de ventosa, devido a lenta progressão do parto.

O pai esteve sempre presente durante a gravidez, no momento do parto e após este. Participando, nos cuidados ao bebé e sendo a principal figura de apoio da puérpera, acompanhando o bebé e a mãe em muitas das classes do Pós-Parto, cuidando do bebé enquanto a mãe participava na classe.

Na primeira sessão, e de acordo com o Processo da Fisioterapia, a intervenção iniciou-se com a avaliação subjetiva da utente, em que foram apurados diversos dados relativos ao parto (dia; tipo de parto; realização ou não de Episiotomia; progressão do parto; presença do pai), aos momentos após o parto, na maternidade (se o bebé foi para junto da mãe; foi logo amamentado; foi dada ou não fórmula suplementar; peso de nascimento; apgar do bebé), ao período Pós-Parto (amamentação/fórmula/mista; não estando a amamentar, porque razão; com aconselhamento de quem), estado atual das mamas (com dor; engurgitadas; mamilos feridos; medicação para inibição da produção do leite), relativos ao bebé (hábitos de sono; hábitos de alimentação; cólicas; comportamento ao longo do dia; como está a ocorrer o crescimento), ao estado psicológico e físico da puérpera (bem-estar; confiante; ativa; adaptada; cansada; insegura; ansiosa; deprimida; com medo...), à situação geral do Períneo (dor/desconforto; cicatrização; aderências; perdas de urina; contrações do Períneo), ao apoio familiar (por parte de quem; frequência; participação do pai; integração na família; irmãos), às queixas (onde; quando começaram; o que melhora; o que piora) e à sexualidade (já reiniciou; porque não; método anticoncecional).

Apurou-se que a alimentação do bebé era, exclusivamente feita através de leite de fórmula, devido à dificuldade do bebé em realizar uma pega correta, mesmo após a intervenção e ensino da enfermeira na maternidade.

Referiu que lhe tinha sido diagnosticada uma mastite, na mama esquerda, pelo que teve de tomar antibiótico, encontrando-se a situação atualmente resolvida.

Foi-lhe, também, diagnosticado Síndrome do Túnel Cárpico, em ambos os lados, o que justificava a tomada de anti-inflamatório, pelo que foi realizado o Teste de Phalen tendo-se concluído que este era positivo pois desencadeava sensação de dormência à puérpera.

A puérpera não referenciou qualquer alteração a nível dos esfíncteres, referindo realizar contrações do Períneo diariamente, desde a altura do parto.

A utente referiu também dores a nível lombar (grau 5 EVA).

A utente já tinha recomeçado a atividade sexual (iniciada após a consulta de Pós-Parto) não referindo qualquer problema, tendo utilizado, como meio contraceptivo, o preservativo. Relativamente à cicatriz, a utente não referiu dor, queixando-se apenas de alguma aderência, pelo que foi instruída a realizar massagem, de forma a diminuir a aderência.

Na segunda sessão a 17 de fevereiro, aquando da aplicação do plano de intervenção foi avaliada a diástase dos Retos que era de 0,5 cm acima do umbigo e de 1,5 cm abaixo deste. Esta avaliação é realizada com o objetivo de determinar a separação existente entre os dois Músculos Abdominais Retos Superficiais.

Após a avaliação e o levantamento de problemas reais e potenciais (Apêndice XIII) foram definidos o diagnóstico e prognóstico da utente.

O diagnóstico da Fisioterapia definido para esta utente foi:

Diminuição da capacidade de realizar atividades que exijam movimentos e carga elevadas nos pulsos e movimentos de flexão / extensão da região lombar, devido a dor acentuada aquando da realização de movimentos.

O prognóstico é a recuperação total da realização destas atividades com diminuição ou ausência total de dor ao fim de 3 meses. De acordo com Sapsford, R. et al. (2006) apenas 7% das mulheres mantêm dor severa na região lombar para além dos 18 meses após o parto. Sendo que nos outros casos a dor desaparece entre o primeiro e o sexto mês após o parto.

Previamente ao planeamento da intervenção foram definidos os objetivos de curto e longo prazo (Apêndice XIV), tendo sido levado em consideração, no

planeamento da intervenção que esta seria integrada numa classe constituída também por outras utentes.

A Intervenção implementada foi constituída não só pela prática de exercício físico, mas também pela discussão de diversos temas relacionados com o puerpério e o bebé e com o ensino e prática da massagem nos bebés.

Relativamente à Intervenção realizada é importante salientar que esta foi efetuada em grupo, sem que fosse possível a realização de uma intervenção individual, pelo que o plano de exercícios foi pensado para toda a classe e não exclusivamente para esta utente.

O plano de exercícios teve como base as principais alterações fisiológicas e que, após o parto, deverão ser corrigidas tal como os objetivos gerais da intervenção da Fisioterapia no Pós-Parto.

Os exercícios aplicados tiveram como fim aumentar a força muscular dos membros inferiores e promover o seu reequilíbrio muscular, promover o aumento de estabilidade e reajustamento do centro de gravidade, reajustar as alterações posturais obtidas durante a gravidez, aumentar a estabilidade abdominal e promover a reaproximação dos músculos Retos Abdominais, fortalecer os músculos do Pavimento Pélvico e melhorar as queixas sintomáticas das utentes através de exercícios específicos e exercícios que promovam as posições contrárias às adquiridas pelas mães no dia-a-dia e às posições adotadas no decorrer dos cuidados com os bebés.

Relativamente aos objetivos da Fisioterapia no Pós-Parto estes centram-se também na manutenção e promoção da amamentação, o que no caso desta utente não foi possível, prevenir/tratar as disfunções do Pavimento Pélvico ensinando e promovendo a contração dos músculos do Pavimento Pélvico, reequilibrar e fortalecer a musculatura, prevenir e tratar algias que a utentes apresentem, promover a relação mãe-filho, educar as puérperas através da discussão de temas de interesse para estas e apoiar a mãe psicológica e emocionalmente.

Em todas as sessões foi reavaliada a puérpera, através de entrevista, tendo-se concluído uma melhoria sintomática progressiva a nível dos punhos, com agravamento esporádico quando realizava mais atividades manuais como os cuidados do bebé e tarefas domésticas. No entanto, a dor lombar manteve-se, com manutenção da realização de posições inadequadas nos cuidados do bebé, tendo sido reforçada a importância do correto posicionamento e a da forma correta de pegar no bebé.



No dia 24 de fevereiro, a utente referiu ter-lhe sido diagnosticado um quisto na mama esquerda, estando marcada uma biópsia para o dia 5 de março. A utente demonstrava, no momento, grande ansiedade. Contudo, continuou a frequentar as sessões de Pós-Parto. Não me foi possível conhecer o resultado do exame clínico da utente devido ao facto do estágio ter terminado no dia 3 de março.

Na reavaliação, realizada a 3 de março, a diástase dos Retos era de 0 cm, acima do umbigo, e de 1 cm, abaixo deste, pelo que foi novamente reforçado a importância de a mãe realizar os exercícios específicos em casa e lembrados os exercícios desaconselhados.

#### 4.1.4. Apresentação de 1 CAT

##### Análise do artigo para o Centro de Saúde de Sintra

Esta análise da literatura diz respeito ao artigo “Systematic Review of Pregnancy – Related Carpal Tunnel Syndrome” publicado na Muscle & Nerve, 2010, pelos autores, Padua, L. et al. (Anexo 1). O critério que presidiu à sua seleção prende-se com a vontade de aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática Síndrome do Túnel Cárpico, na gravidez e Pós-Parto.

##### **What question (PICO) did the systematic review address?**

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

A questão inerente ao estudo não se encontra expressa. É, no entanto, apresentado o seu objetivo: “(1) to assess the incidence of PRCTS (pregnancy-related Carpal Tunnel Syndrome) and (2) to evaluate the natural course of PRCTS”. Deste modo, este estudo pretende determinar a incidência da Síndrome do Túnel Cárpico, relacionando com a gravidez, tal como, avaliar a progressão natural da Síndrome do Túnel Cárpico. Neste artigo foram realizadas duas revisões:

Patients – Mulheres grávidas ou lactentes com sintomas que sugiram Síndrome do Túnel Cárpico

Intervention – Progressão Natural da Síndrome do Túnel Cárpico

Comparison – não existe

Outcome(s) – Presença, ou não, da Síndrome do Túnel Cárpico

e

Patients – Mulheres grávidas ou lactentes com sintomas que sugiram Síndrome do Túnel Cárpico

Intervention – Progressão Natural da Síndrome do Túnel Cárpico

Comparison – não existe

Outcome(s) – Incidência da Síndrome do Túnel Cárpico.

**F - Is it unlikely that important, relevant studies were missed?**

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment:

A pesquisa foi realizada na *PubMed* e no *GoogleScholar* utilizando as seguintes palavras de pesquisa:

- “Carpal Tunnel Syndrome” OR “median nerve” OR “median neuropathy”  
AND
- “Pregnancy” OR “Delivery” OR “Post partum” OR “lactation”.

Apesar das palavras de pesquisa serem adequadas, tendo também sido utilizados diversos sinónimos, poderiam ter sido utilizadas mais bases de dados como a *Medline*, *Cochrane* e a *peDro* de forma a aumentar o leque de pesquisa.

Por não ser possível ter acesso ao *full-text* (4 artigos) foram contactados os autores, tendo sido possível obter dois dos artigos.

No final da pesquisa, foram encontrados 214 artigos, tendo sido excluídos 193, devido à sua não pertinência para a revisão sistemática. Dos 21 artigos sobrantes, foram excluídos 15, por não cumprirem os critérios de inclusão estipulados. Assim, foram analisados 6 artigos. Destes 6 artigos, foram utilizados 5 na revisão sistemática, para determinar a incidência da Síndrome do Túnel Cárpico, e 3 na revisão da progressão natural da Síndrome do Túnel Cárpico (dois dos artigos foram incluídos em ambas as revisões sistemáticas).

**A - Were the criteria used to select articles for inclusion appropriate?**

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment:

Os critérios de inclusão foram definidos previamente à realização da revisão sistemática.

Crítérios de inclusão:

- Mulheres grávidas ou lactantes com sintomas que sugiram Síndrome do Túnel Cárpico.

Sendo que os artigos deviam incluir:

- Séries consecutivas de 10 ou mais sujeitos;
- Inequívoca definição dos sintomas da Síndrome do Túnel Cárpico;
- Avaliação neurofisiológica;
- Publicação em inglês.

<p>A - Were the included studies sufficiently valid for the type of question asked?</p> <p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment:</p> <p>A validade dos estudos foi determinada por dois autores que avaliaram, independentemente a sua qualidade e o nível de evidência, de forma a determinar a eventual existência de falhas ou viés dos estudos. Esta mesma qualidade foi determinada tendo como base vários fatores, como sejam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de estudo;</li> <li>• Tamanho e características da amostra;</li> <li>• Recrutamento da amostra;</li> <li>• Base de dados;</li> <li>• Perda de “follow-up”;</li> <li>• Parâmetros de resultados adotados;</li> <li>• Métodos de medida.</li> </ul> <p>O nível de evidência foi determinado através do “U.S. Preventive Service Task Force of the Agency for Healthcare Research and Quality”.</p> <p>No caso de diferenças de avaliação, entre os dois autores, o estudo seria submetido à avaliação de um terceiro revisor (não tendo sido necessário).</p> <p>Todos os artigos utilizados, quer para determinar a incidência da Síndrome do Túnel Cárpico quer para avaliar a sua evolução natural, obtiveram nível II de evidência.</p>
<p>T - Were the results similar from study to study?</p> <p>This paper: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment:</p> <p>Os resultados obtidos relativos à incidência não eram semelhantes entre os artigos, tendo variado entre os 31% e 62%. No entanto, após a avaliação neurofisiológica, verificou-se um aumento da homogeneidade dos estudos: três referiram uma incidência entre 16,6 e 17,4%. Os autores do estudo consideraram que a existência de maior homogeneidade deveu-se a um aumento da sensibilidade dos métodos de avaliação.</p> <p>Relativamente à revisão sistemática, sobre a evolução natural da Síndrome do Túnel Cárpico, foi encontrada homogeneidade no tamanho da amostra, não sendo os resultados homogêneos entre os artigos.</p>

**What were the results?**

Resultados obtidos na revisão sistemática:

- A incidência do diagnóstico da Síndrome do Túnel Cárpico varia entre os 31 e os 62%;
- A Síndrome do Túnel Cárpico, quando confirmada neurofisiologicamente, tem uma incidência que varia entre 7 e 43%;
- Relativamente à evolução natural, 50% dos pacientes mantêm a Síndrome do Túnel Cárpico um ano após o parto e 30% após 3 anos.

**How are the results presented?**

Os resultados não são apresentados graficamente, encontrando-se descritos no texto e individualmente, em tabelas que resumem os artigos.

**4.2. Hospital São Francisco Xavier****4.2.1. Necessidades de Cuidados de Saúde**

São múltiplas as necessidades de cuidados de saúde dos utentes do Hospital São Francisco Xavier, abrangendo diversas áreas da Medicina. Sendo um Hospital Central da cidade de Lisboa, os seus profissionais de saúde têm de estar preparados para qualquer tipo de patologia. Como tal, os fisioterapeutas do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação tratam utentes de todas as áreas da Fisioterapia existentes no Hospital (Agrupamento Hospitalar de Lisboa Ocidental, 2012).

O utente do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação é, inicialmente, referenciado pelo médico de serviço do hospital e, posteriormente, observado pelo médico Fisiatra do Serviço após o que, é avaliado e tratado pelos fisioterapeutas. Os utentes do Serviço de Medicina Física de Reabilitação podem, portanto, ser portadores de todas as patologias que o hospital tem capacidade de tratar, sendo não só tratados em serviço ambulatorio como, também, nas enfermarias dos diversos Serviços do Hospital.

No decorrer do estágio, contactei, maioritariamente, com utentes em serviço de ambulatorio, exceto em relação a uma utente que se encontrava internada na Obstetrícia, mas que se deslocava ao Serviço de Medicina Física de Reabilitação para assistir às sessões de Preparação para o Nascimento. Os utentes eram, maioritariamente, grávidas, e os seus acompanhantes, que participavam nas sessões de Preparação para o

Nascimento, puérperas que participavam nas sessões de Pós-Parto e ainda utentes, quer do sexo feminino quer do sexo masculino, com disfunções a nível do Pavimento Pélvico que recebiam tratamentos individuais.

As grávidas, e os acompanhantes, que participaram nas sessões de Preparação para o Nascimento iniciaram as sessões entre as 27 e as 30 semanas de gestação. As motivações que justificaram a sua presença, nas sessões, foram diversificados: as futuras mães procuraram, na sua maioria, esclarecimentos sobre o momento do parto ou aconselhamento sobre os cuidados a ter com o bebé, após o nascimento; os futuros pais procuraram conhecer a melhor forma de apoiar as grávidas, no momento do parto e como tratar do bebé.

Por outro lado, as utentes que frequentaram as sessões de Pós-Parto são puérperas, que procuravam recuperar a sua forma física, após a gravidez e o parto, esclarecer dúvidas e aprender como realizar a massagem no bebé. Geralmente, as utentes iniciam as sessões aproximadamente um mês após o parto.

Relativamente aos utentes com disfunções do Pavimento Pélvico, procuram os cuidados de Fisioterapia para melhorar a sua qualidade de vida, diminuir ou tratar os sintomas relacionados com a sua patologia quer estas estejam relacionadas com a Incontinência Urinária, Incontinência Fecal ou disfunções a nível da atividade sexual, ou mesmo, uma combinação destas patologias.

#### 4.2.2. Papel do fisioterapeuta

No que refere à Saúde da Mulher, o fisioterapeuta, na área da Preparação para o Nascimento, procura: transmitir informação sobre as diversas temáticas de forma simples e sucinta, aos utentes; apoiar os pais esclarecendo as suas dúvidas e acalmando-os, quando necessário; diminuir as queixas apresentadas pelas utentes através de sugestão de estratégias específicas; indicar estratégias de alívio da dor e do desconforto, no decorrer do parto; indicar uma vasta panóplia de instrumentos que permitam à futura mãe ultrapassar possíveis obstáculos, quer durante a gravidez quer após o nascimento; munir a mãe de ferramentas que permitam cuidar/tratar do bebé; aumentar a autoconfiança dos pais e a crença nas suas capacidades de cuidar do bebé (GIFSM, 2012).

Na área do Pós-Parto, o fisioterapeuta aconselha as mães relativamente ao exercício físico que estas podem realizar, esclarece as dúvidas das puérperas, ajuda a puérpera a acalmar-se, em caso de ansiedade, e a entender os porquês, refere um programa de exercício adequados às utentes, ajuda a diminuir as queixas dolorosas e esclarece as questões pertinentes, colocadas pelas mães, respeitantes a diferentes temáticas.

Relativamente aos tratamentos da disfunções do Pavimento Pélvico, o papel do fisioterapeuta é explicar ao utente a sua patologia, de forma a que este entenda as alterações que a provocaram, explicar como é que o tratamento vai ser realizado, ensinar estratégias/técnicas que os utentes possam utilizar no seu dia-a-dia, para diminuir os sintomas e melhorar a qualidade de vida, realizar um plano de tratamento adequado a cada caso e envolver a família do utente, nos casos em que este envolvimento possa ser benéfico.

#### 4.2.3. Registo dos utentes

### **Caso clínico de Preparação para o Nascimento, Hospital São Francisco Xavier** (Ficha Clínica Apêndice XV)

O presente caso clínico diz respeito a uma utente de 29 anos, Técnica das Finanças, que frequentou as classes de Preparação para o Nascimento no Hospital São Francisco Xavier, desde as 30 semanas de gravidez, encontrando-se de baixa médica.

A utente frequentou a classe de Preparação para o Nascimento que teve início no dia 3 de janeiro e teve a duração de oito semanas.

As expectativas da utente face à Preparação para o Nascimento consistiam em prepara-se para o momento do parto, aprender estratégias de diminuição do desconforto e preparar-se para os primeiros dias de vida do bebé.

A grávida encontrava-se de baixa de gravidez de risco por contrações uterinas dolorosas, frequentes e intensas com esforços de média e elevada intensidade, aproximadamente às 20 semanas de gestação.

Por indicação médica, a utente encontrava-se em repouso relativo, no domicílio, tendo sido aconselhada a realizar apenas atividades de baixa intensidade. No entanto, a

equipa médica autorizou a sua deslocação ao hospital para participar nas sessões de Preparação para o Nascimento.

A utente tinha história anterior de aborto espontâneo, que ocorreu em fevereiro de 2011, não se tendo verificado qualquer complicação clínica. Tinha também história de Hipotireoidismo medicado com terapêutica ajustada à condição de grávida. Apresentava-se também a tomar Omeprazol, Magnésio e Folifer.

A grávida estava a ser seguida no Hospital São Francisco Xavier, pretendendo que o parto ocorresse nesse mesmo hospital. Teve conhecimento da Preparação para o Nascimento através da sua obstetra que a aconselhou a participar nas classes.

Relativamente ao apoio familiar, a utente vive com o companheiro que a ajuda no dia-a-dia, após o trabalho, tendo, também, o apoio da mãe durante alguns dias, passando, porém, a maioria dos dias sozinha.

No momento da avaliação (1.<sup>a</sup> sessão), a utente referia dores localizadas na região inferior da barriga (grau 3 na EVA) que se desencadeavam em caso de atividades prolongadas ou intensas, ou caso mantivesse a posição ortostática por algum tempo (aproximadamente 30 minutos) seguido de contrações dolorosas e intensas que melhoravam com o descanso. Apresentava também câibras, nos membros inferiores, que ocorriam mais durante a noite e refluxo.

A grávida apresentava hábito tabágico. Tendo diminuído a quantidade diária de cigarros para um cigarro/dia, desde que teve conhecimento da gravidez. Não tinha hábito alcoólico nem praticava qualquer desporto.

O feto, encontrava-se no percentil 50, o parto estava previsto para o dia 10 de março. A placenta era anterior mas não prévia. Já tinha realizado todas as análises e duas ecografias (31/10 e 12/12 de 2011), não existindo qualquer alteração.

Na segunda sessão do curso, a utente referiu sentir dores de costas e sensação de peso na barriga, após a realização de limpezas profundas, em casa.

No dia 24 de janeiro, a utente referiu que, na terceira ecografia, tinha sido diagnosticado placenta prévia, pelo que demonstrava alguma ansiedade perante a necessidade do parto ser por cesariana.

Após a avaliação e o levantamento de problemas reais e potenciais (Apêndice XVI) foram definidos o diagnóstico e prognóstico da utente.

O diagnóstico da Fisioterapia definido para esta utente foi:

Impossibilidade de participar em atividades sociais que impliquem deslocação, realizar atividades de baixa, média e alta intensidade como manter a posição ortostática durante períodos prolongados (superiores a uma hora), devido a gravidez de risco.

O prognóstico é o restabelecimento da capacidade de manter a posição ortostática, por longos períodos, de participar em atividades sociais que requeiram esforço e de realizar qualquer atividade, após o parto, tal como o aumento do conhecimento referente a temáticas relacionadas com a gravidez, parto, Pós-Parto.

Foram definidos os objetivos de curto e longo prazo (Apêndice XVII), tendo sido levado em consideração, no planeamento da intervenção que esta seria integrada numa classe constituída, também, por outras utentes. Os objetivos da Fisioterapia na Preparação para o Nascimento consistem em intervir a nível das alterações físicas da gravidez; promover a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, aliviar situações de desconforto associadas à gravidez; ensinar diversas temáticas da gravidez, parto e pós-parto; promover a saúde e bem-estar durante a gravidez; dar oportunidade a que mulheres discutam os seus medos e expectativas; dar conselhos e desenvolver competências na grávida e melhorar a confiança dos casais.

Foram abordadas diferentes temáticas, incluindo estratégias para alívio de sintomas associados à gravidez; sinais de alerta no decorrer da gravidez; posições de alívio da dor durante o trabalho de parto; sinais de parto; respiração no decorrer do trabalho de parto; fases do trabalho de parto; rotinas dos hospitais; amamentação; cuidados iniciais do bebé (banho, muda de fraldas, cordão umbilical, roupa...); cuidados com a puérpera; cuidados imediatos após o parto; papel do pai e alterações psicológicas e emocionais em ambos os pais quer da gravidez, parto ou no Pós-Parto). Foram igualmente esclarecidas todas as questões colocadas pelas grávidas, e realizada a técnica de relaxamento (Relaxamento de Laura Michelle).

Em todas as sessões, a grávida foi reavaliada através da entrevista, o que revelou melhoria da dor lombar, com manutenção das queixas nos quadrantes inferiores do abdómen. A partir da segunda semana de sessões, referiu ausência deste desconforto

A utente deixou de comparecer às sessões após a sexta sessão (7 de fevereiro) por parto prematuro que ocorreu a 5 de fevereiro, após hemorragia vaginal intensa. O bebé nasceu às 35 semanas de gestação com 2,250 gr. e 45 cm de comprimento. Esteve internado na Neonatologia, por hemorragia com necessidade de transfusão sanguínea. Ambos tiveram uma evolução favorável, com alta clínica da mãe uma semana pós o nascimento e do bebé apenas 3 semanas após o nascimento.



**Caso clínico das sessões de Pós-Parto, Hospital São Francisco Xavier** (ficha clínica Apêndice XVIII)

O caso clínico apresentado diz respeito a uma utente, advogada, de 34 anos, que frequentou as classes de Pós-Parto no Hospital São Francisco Xavier, encontrando-se, no momento, de licença de maternidade.

Anteriormente, a utente já tinha frequentado as sessões de Preparação para o Nascimento, no mesmo local, tendo iniciado as sessões 5 semanas após o nascimento.

O parto ocorreu dia 22 de novembro de 2011, por cesariana programada, por incompatibilidade feto-pélvica. O bebé nasceu às 40 semanas e 1 dia de gestação, com um Apgar de 9 em 10.

O pai não foi autorizado a assistir ao parto, devido a ser uma intervenção cirúrgica. Este é participativo nos cuidados com o bebé, sendo a principal figura de apoio da puérpera.

O bebé é do sexo masculino e encontra-se em alimentação mista (amamentação e suplemento com fórmula infantil) por a mãe ter desenvolvido uma mastite, na mama direita, com formação de abcesso com necessidade antibiótico e de drenagem cirúrgica com resolução à data da primeira sessão de Pós-Parto. No momento da avaliação, a utente apresentava gretas nos mamilos procurando estratégias que pudesse utilizar para melhorar a sua condição.

O bebé manteve sempre uma boa evolução, crescendo no percentil 25. Associado à realização de esforços e da manobra de Valsalva a puérpera referia ligeiras perdas urinárias, admitindo não realizar contrações do Períneo.

A cicatriz abdominal, resultante da cesariana, encontrava-se com bom aspeto, bem cicatrizada e sem aderências ou inflamação.

A avaliação inicial da diástase dos Músculos Retos era de 2 cm, acima do umbigo, e de 1,5 cm, abaixo deste.

Na segunda sessão, a utente referiu só estar a amamentar da mama esquerda, devido a dor intensa no mamilo direito, demonstrando alguma ansiedade relativamente ao bem-estar do bebé e preocupação com a evolução da mama.

Referiu, também, dores na região lombar (grau 4 EVA) que pioravam durante o dia.

Após a avaliação e o levantamento de problemas reais e potenciais (Apêndice XIX) foram definidos o diagnóstico e prognóstico da utente.

O diagnóstico da Fisioterapia definido para esta utente foi:

Restrição na capacidade de realizar atividades do dia-a-dia devido a dor (gau 4 na EVA) na região lombar e dificuldade em continuar a amamentação, devido a dor na mama direita.

O prognóstico é o restabelecimento da capacidade em realizar, sem restrições, todas as atividades do dia-a-dia e da capacidade de amamentar.

Previamente ao planeamento da intervenção foram definidos os objetivos de curto e longo prazo (Apêndice XX), tendo sido levado em consideração, no planeamento da intervenção que esta seria integrada numa classe constituída, também, por outras utentes.

A Intervenção a ser implementada era constituída não só pela prática de exercício físico, mas, também, pela discussão de diversos temas relacionados com o puerpério, com o bebé e com o ensino e prática da massagem nos bebés.

O plano de exercícios a ser aplicado teve como base as principais alterações passíveis de ocorrerem durante a gravidez e que após o parto deverão ser corrigidas, tal como os objetivos gerais da intervenção da Fisioterapia no Pós-Parto.

Os exercícios aplicados tiveram como fim, aumentar a força muscular dos membros inferiores e promover um reequilíbrio muscular, promover um aumento de estabilidade e reajustamento do centro de gravidade devido às alterações do centro de gravidade que ocorreram durante a gravidez, reajustar as alterações posturais obtidas durante a gravidez, aumentar a estabilidade abdominal e promover a reaproximação dos Músculos Retos Abdominais, fortalecer os Músculos do Pavimento Pélvico e melhorar as queixas sintomáticas das utentes através de exercícios específicos e exercícios que promovessem as posições contrárias às adquiridas pelas mães no dia-a-dia e, especialmente, as posições adotadas no decorrer dos cuidados com os bebés.

Relativamente aos objetivos da Fisioterapia no Pós-Parto, estes centram-se também na manutenção e promoção da amamentação, prevenção/tratamento das disfunções do Pavimento Pélvico ensinando e promovendo a contração dos músculos do Pavimento Pélvico, reequilíbrio e fortalecimento da musculatura, prevenção e tratamento de algias que a utentes apresentem, promoção da relação mãe-filho, educação das puérperas através da discussão de temas de interesse para estas e apoio psicológico e emocional.

Foram, deste modo, ensinadas estratégias de forma a promover a resolução dos problemas associados às mamas e a manutenção da amamentação, tendo-se tido uma atenção redobrada a este problema, devido à importância da amamentação.

Foi, também, dada relevância às alterações emocionais da utente, que se mostrava ansiosa.

Em todas as sessões a puérpera foi reavaliada, através da entrevista, tendo-se concluído que a mãe, apesar de ter resolvido as suas dificuldades a nível da amamentação (gretas, dor, abcesso) e de a dor a nível da região lombar ter diminuído, mantinha uma grande ansiedade relativa ao bem-estar do bebé.

Na sétima sessão, a reavaliação da diástase dos Músculos Retos Abdominais demonstrou uma aproximação de 0,5 cm, abaixo do umbigo, não existindo alteração da diástase acima deste. Foi aconselhado à utente que continuasse a realizar exercícios de contração do Músculo Transverso.

#### 4.2.4. Apresentação de 2 CAT

##### Análise do primeiro artigo para o Hospital São Francisco Xavier

A análise apresentada diz respeito ao artigo “Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial”, na revista Psychoneuroendocrinology, 2010, por Urech, C. et al (Anexo II).

A seleção deste artigo fundamenta-se na necessidade de avaliar estratégias de relaxamento, bem como os seus efeitos, de modo mais aprofundado.

##### **What question did the study ask?**

A questão do estudo não se encontra expressa diretamente no texto. No entanto, é apresentado o seu objetivo:

“the aim of the present study was to directly compare the immediate effects of two brief active relaxation exercise on pregnant women’s general psychological, endocrine and cardiovascular functioning...compared to the passive relaxation control condition”

Conclui-se, assim, que este estudo pretende comparar os efeitos imediatos de três técnicas de relaxamento utilizadas (duas ativas - imaginação guiada, relaxamento muscular progressivo - e uma passiva – relaxamento passivo) nos indicadores fisiológico (endócrino e cardiovascular) e psicológico, no *stress* materno.

Patients – Mulheres grávidas que sejam pacientes externas do “University Women’s Hospital of Basel”.

Intervention – Relaxamento

Comparison – Imaginação Guiada vs Relaxamento Muscular Progressivo vs Relaxamento Passivo

Outcome(s) – Efeitos imediatos dos diversos tipos de relaxamento nos indicadores fisiológicos e psicológicos, no *stress* materno.

<b>1a. R- Was the assignment of patients to treatments <u>randomised</u>?</b>
<p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment:</p> <p>As mulheres foram colocadas aleatoriamente nos três grupos através de uma mesa de aleatorização numérica. Este método não é o ideal, servindo, no entanto, para uma distribuição aleatória das participantes, devendo o sorteio, ser supervisionado.</p>
<b>1b. R- Were the groups <u>similar</u> at the start of the trial?</b>
<p>This paper: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input type="checkbox"/></p> <p>Comment:</p> <p>De acordo com os dados apresentados na tabela, referente às características dos grupos, não existe diferença significativa entre os grupos: valor de <math>p &gt; 0,005</math>.</p>
<b>2a. A – Aside from the allocated treatment, were groups treated equally?</b>
<p>This paper: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Comment:</p> <p>No artigo não existe referência ao tratamento a que as mulheres foram submetidas, nem existe referência à realização de tratamento no mesmo local ou, mesmo, se realizaram classes de Preparação para o Nascimento. É apenas referido o facto de serem pacientes externas do “University Women’s Hospital of Basel” o que não significa que sejam tratadas, exclusivamente, nesse hospital.</p>

**2b. A – Were all patients who entered the trial accounted for? – and were they analysed in the groups to which they were randomised?**

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment:

A avaliação e recolha de dados ocorreu em 4 momentos, separados entre si por intervalos de apenas 20, 10 e 10 minutos, não sendo realizados *follow-ups* nem existindo desistências do estudo.

**3. M - Were measures objective or were the patients and clinicians kept “blind” to which treatment was being received?**

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

As pacientes eram informadas sobre o procedimento a realizar, um minuto antes da intervenção, pelo que tinham conhecimento do grupo em que se inseriam, no decorrer do relaxamento.

Não existe, no entanto, informação no texto acerca do investigador ser, ou não, cego relativamente ao tratamento a ser aplicado a cada participante.

As medidas de avaliação utilizadas são subjetivas e objetivas. Para avaliar a resposta psicológica foi utilizada uma Escala Visual Análoga, pedindo-se às utentes para marcarem o seu nível de relaxamento, antes e depois da intervenção. Foi, também, realizado um inquérito por questionário, inquirindo se as participantes gostaram de realizar o exercício de relaxamento, com um score de 1 (nada agradável) a 5 (muito agradável). Foi, também, utilizada a “Spielberger State Trait Anxiety Inventory – State Scale” para avaliar o nível de ansiedade.

Para avaliar a resposta cardiovascular foi registado o valor sistólico, diastólico, a pressão sanguínea e a frequência cardíaca.

Utilizaram-se amostras de saliva e sangue para realizar análises bioquímicas de forma a determinar o nível de cortisol, norepinefrina, epinefrina e adrenocorticotropina.

**What were the results?**

Os resultados encontravam-se subdivididos por categorias. Assim, relativamente às características sócio - demográficas e às variáveis da gravidez, não foram encontradas diferenças nos três grupos.

Nos dados relacionados com a resposta psicológica apurou-se que a nível do relaxamento existia um aumento significativo no grupo de relaxamento guiado, comparativamente aos outros dois grupos, e que a nível da ansiedade não existia grandes alterações, quando comparados os valores antes e após à intervenção, existindo, no entanto, uma diminuição similar da ansiedade após o relaxamento, entre os três grupos.

A resposta cardiovascular, por seu lado, demonstrou uma diminuição da frequência cardíaca nos dois grupos em que foi aplicado o relaxamento comparativamente ao grupo de controlo.

A nível endócrino não foram detetadas diferenças significativas nas medições, entre os grupos.

Relativamente à realização autónoma do relaxamento em casa, não existiram alterações significativas entre a percentagem de participantes que realizava o relaxamento em casa (um terço das participantes), nos dois grupos, onde este era aplicado.

<b>1. How large was the treatment effect?</b>
<p>No grupo de controlo, o nível de ansiedade registado antes e após a intervenção apresentou uma diferença de 0,5 valores, numa escala de 0-10 (pré intervenção = 7,25 e pós intervenção = 7,75). No grupo de relaxamento guiado, essa diferença foi de dois valores (pré intervenção = 6,50 e pós intervenção = 8,50). Por seu lado, o grupo de relaxamento muscular progressivo teve uma diferença de 1,25 valores (pré intervenção = 6,50 e pós intervenção = 7,75).</p> <p>Podendo-se concluir que o efeito dos tratamentos é bastante positivo mas que comparativamente, o relaxamento guiado é mais eficaz no aumento do relaxamento.</p> <p>Por seu lado, os resultados referentes à frequência cardíaca demonstram um aumento da frequência cardíaca no grupo de controlo (pré intervenção = 76 bpm e pós intervenção 84 bpm). O grupo do relaxamento guiado e o do relaxamento muscular, progressivamente, apresentam resultados idênticos em que ocorre uma diminuição da frequência cardíaca (pré intervenção = 81 bpm e pós intervenção = 78 bpm), pelo que é possível compreender que ambas as intervenções têm um efeito positivo na diminuição da frequência cardíaca.</p>
<b>2. How precise was the estimate of the treatment effect?</b>
<p>Os resultados encontrados vão, na sua maioria, ao encontro das expectativas dos investigadores. No entanto, estes consideram que a aplicação do relaxamento ativo ia ter um efeito positivo ao nível do relaxamento, diminuir a produção hormonal responsável pela secreção do cortisol e diminuir a frequência cardíaca, tendo sido, no entanto, apenas encontradas diferenças significativas a nível do relaxamento e da frequência cardíaca.</p>

### **Will the results help me in caring for my patient? (External Validity/Applicability)**

Apesar do estudo ter sido realizado na e para a população suíça, considero ser possível tirar conclusões também para a aplicação do relaxamento ativo na população portuguesa.

De acordo com os dados obtidos, é possível concluir que a aplicação do relaxamento ativo tem um efeito positivo a nível da ansiedade, do relaxamento e da frequência cardíaca.

Como o stress materno está associado a diversas consequências adversas, quer para a mãe quer para o feto, é importante que o fisioterapeuta tenha uma ferramenta que permita melhorar essa condição. Com o artigo em questão é agora possível ao fisioterapeuta aplicar esta intervenção, com a certeza dos seus efeitos.

Análise do segundo artigo para o Hospital São Francisco Xavier

A análise apresentada diz respeito ao artigo “Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literatues review” (Anexo III).

A seleção deste artigo fundamentou-se na necessidade de avaliar quais as estratégias não evasivas existentes e a sua efetividade para o tratamento da Incontinência Urinária, relacionando-se com as sessões de tratamento individual da Incontinência Urinária.

Este artigo pretende sumarizar estudos, recentemente publicados, que analisam o treino dos músculos do Pavimento Pélvico, no tratamento da Incontinência Urinária.

**What question (PICO) did the systematic review address?**

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

O artigo não refere, diretamente no texto, a questão subjacente à sua realização. No entanto, apresenta o objetivo que pretende alcançar: “The purpose of this review is to summarise recently published data on the use of pelvic floor muscle training for treatment for urinary incontinence”. Assim, o objetivo do estudo é a de sumarizar estudos recentemente publicados relativamente ao treino dos músculos do Pavimento Pélvico, no tratamento da Incontinência Urinária.

Relativamente à terapia de comparação (C), o objetivo não permite identificar se existe, ou não, comparação. No entanto, através da leitura do artigo conclui-se que não se verifica comparação entre intervenções/terapias, limitando-se a enunciar uma revisão sistemática de cada uma das intervenções passíveis de realizar e a determinar se é efetiva, ou não.

A população (P) que se pretende estudar, como foi referido, não se encontra implícita no objetivo, encontrando-se no ponto 2.2 a seguinte referência: “Full texts of the RCTs that examined the effects of non-surgical clinical interventions on urinary incontinence in community-dwelling women were eligible for the review.”. Conclui-se, assim, que o estudo incidiu sobre mulheres (não hospitalizadas) residentes na comunidade

**PICO**

P – mulheres (não hospitalizadas) residentes na comunidade

I – treino dos músculos do Pavimento Pélvico

C – não existe

O - medida da Incontinência Urinária

**F - Is it unlikely that important, relevant studies were missed?**

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

Apesar de, no artigo, se referirem as bases de dados em que se sustentou a pesquisa (MEDLINE – via PubMed, CINAHL, Cochrane) não é informado, pelos autores, as palavras de pesquisa utilizadas. Como tal, não podemos determinar se existiriam, ou não, outras palavras que pudessem ser utilizadas (sinónimos) para procurar mais artigos.

Por outro lado, poderia ser benéfico, para a realização deste artigo, a pesquisa noutras bases de dados de forma a alargar o leque de pesquisa.

Outro fator que poderá ter influência na revisão, relativamente aos artigos, e que poderá ter excluído artigos relevantes, é o facto de não terem considerado artigos pelo simples facto de não terem acesso ao *full-text*.

De igual modo, só foram incluídos artigos em Inglês, o que limitou a pesquisa pois poderiam existir artigos relevantes produzidos noutras línguas.

**A - Were the criteria used to select articles for inclusion appropriate?**

This paper: Yes ☒ No ☐ Unclear ☐

Comment:

Apesar dos critérios de inclusão e exclusão apresentados serem apropriados, estes não se encontram totalmente completos.

Critérios de inclusão utilizados:

- RCT's de trabalhos originais;
- Artigos publicados em Inglês;
- Trabalhos publicados de 1990 a maio de 2010;

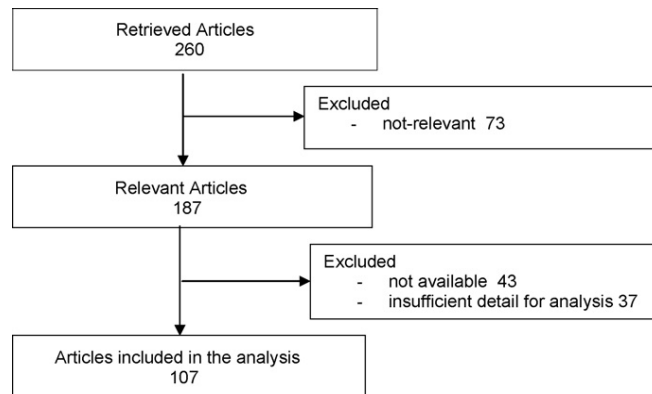
Tendo sido incluídos no estudo artigos que examinassem os efeitos de intervenções não cirúrgicas em mulheres que residissem na comunidade.

Critérios de exclusão aplicados:

- Análises de dados secundárias;
- Estudos de caso;
- Séries de casos;
- RCT's que não incluíssem os resultados dos utentes;
- RCT's que analisassem resultados alternativos de medidas subjetivas, ou objetivas, da severidade da Incontinência Urinária, incluindo alterações constantes do número de episódios de incontinência ou variáveis urodinâmicas.

Considero que estes critérios não se encontram completos pois, relativamente à população, apesar de expressar “mulheres que vivam na comunidade” não inclui fatores de inclusão/exclusão relativos a estas, como a idade, raça/etnia...





**Fig. 1.** Selection of studies for analysis.

A - Were the included studies sufficiently valid for the type of question asked?

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

Devido à estruturação deste artigo não nos é possível determinar se realmente os estudos são suficientemente válidos para serem incluídos na revisão sistemática. O estudo não nos apresenta dados sobre os artigos que foram analisados, não referindo a população estudada nem a intervenção utilizada ou, mesmo, os resultados obtidos, referindo, apenas, os resultados encontrados no conjunto dos artigos. Isto é, na revisão é apresentada uma visão geral dos artigos, em conjunto, não sendo apresentados dados específicos de cada um dos artigos incluídos.

T - Were the results similar from study to study?

This paper: Yes ☐ No ☐ Unclear ☒

Comment:

Relativamente aos resultados dos estudos incluídos, coloca-se novamente o mesmo problema: a revisão sistemática não nos apresenta os resultados individuais de cada um dos estudos incluídos, demonstrando, apenas, os resultados obtidos pela revisão de todos os artigos.

## What were the results?

Resultados demonstrados pela revisão sistemática:

- O treino dos Músculos do Pavimento Pélvico, de acordo com Balmforth et al., demonstrou aumentar a estabilidade da uretra, até 14 semanas após o treino, e facilitar a contração dos músculos como um todo, impedindo a descida do Pavimento Pélvico, durante o aumento da pressão intra-abdominal, prevenindo, assim, as perdas de urina;

- Relativamente à manobra “Knack”, demonstrou-se ser eficaz no tratamento da Incontinência Urinária de *stress* reduzindo, num estudo de Miller et al., em 98,2% a perda de urina, durante uma tosse de intensidade média, e 73,3% numa tosse de grande intensidade, após uma semana de treino. O artigo coloca, também, a hipótese desta diminuição se relacionar com o facto do aumento da percepção e da aprendizagem de quando e como realizar a contração.
- A técnica de estimulação do Nervo Sagrado é recomendada, na revisão sistemática, para o tratamento da Incontinência Urinária causada pela hiperatividade do Detrusor, em mulheres que não respondam ao tratamento conservador (treino dos Músculos do Pavimento Pélvico).
- Um RCT, que comparava a utilização da estimulação do Nervo Tibial Posterior com a utilização de medicação, demonstrou uma eficácia do tratamento da Incontinência Urinária em 80% dos participantes em que era utilizada a estimulação, comparativamente aos 55% do grupo da medicação. Os resultados comprovaram, também, que a utilização da estimulação melhora a qualidade de vida, noctúria e número de urgências por dia.
- Na revisão é referido que o treino dos Músculos do Pavimento Pélvico é um tratamento eficaz para a Incontinência Urinária, comparativamente à não realização de qualquer tratamento. À exceção de dor ou desconforto ocasional, não foram referidos quaisquer efeitos adversos nos diferentes estudos.
- O estudo refere, ainda, que os efeitos do treino dos Músculos do Pavimento Pélvico parecem ser mais eficazes em mulheres com Incontinência Urinária de *stress*, quando realizados em programas supervisionados de treino com duração igual ou superior a 3 meses, não sendo detetada diferença na eficácia do treino com o aumento da idade.
- De acordo com o estudo, existe também uma forte evidência de que a realização, em mulheres, do treino supervisionado dos Músculos do Pavimento Pélvico, durante a gravidez, diminui a probabilidade de ocorrência de perdas após as 34 semanas de gravidez e antes das 12 semanas após o parto.

Conclusões obtidas na revisão sistemática:

- Existe evidência que recomenda o uso do treino dos Músculos do Pavimento Pélvico como estratégia primária para tratamento de mulheres com Incontinência Urinária de *stress*, urgência e mista, devendo ser oferecido um treino com duração de pelo menos três meses.
- Não existem efeitos adversos do treino dos Músculos do Pavimento Pélvico e, para os casos em que este não ofereça benefícios, existem opções de tratamento alternativo.
- O tratamento é mais efetivo quando ensinado e supervisionados por fisioterapeutas especialistas, ou enfermeiros especialistas, em Incontinência.
- Outras terapias físicas, como a estimulação elétrica e o *biofeedback*, não são recomendadas como rotina durante o treino dos Músculos do Pavimento Pélvico. No entanto, podem ser utilizados em mulheres que não conseguem ativar/contrair os Músculos do Pavimento Pélvico, de forma a ajudar na motivação e aderência à terapia.
- Devido à limitação do número de estudos existentes, relativos ao seguimento após o fim dos tratamentos, os resultados do treino dos Músculos do Pavimento Pélvico são a longo prazo, portanto, menos claros.

How are the results presented?
Os resultados apresentados encontram-se descritos ao longo do texto não sendo, no entanto, demonstrados os resultados individuais dos diferentes artigos estudados. Não existe, também, nenhuma secção no artigo que diga respeito aos resultados. Estes encontram-se resumidos e de forma geral na conclusão do artigo.

#### 4.2.5. Análise Crítica da Intervenção

##### 1º caso clínico apresentado

Para realizar uma análise crítica da intervenção considero ser importante analisar a intervenção realizada para cada problema/alteração de forma separada.

Desta forma analisando a intervenção relativa à promoção/estimulação da manutenção da amamentação entende-se que a intervenção da Fisioterapia não foi

possível devido à decisão prévia da utente de abandonar esta opção, após aconselhamento médico, por má progressão ponderal do bebé, logo nos primeiros dias de vida. Este facto foi também favorecido pelo facto de não existir um acompanhamento próximo por parte do Fisioterapeuta entre as classes e o pós-parto.

O facto de a utente não estar a amamentar diminuiu o risco de complicações associadas à amamentação, o que constitui, muitas vezes, um fator de ansiedade, devido à dor e desconforto. Por outro lado, o facto de a utente não estar a amamentar pode, também, ser um fator de ansiedade, devido à pressão da sociedade relativamente ao aleitamento materno e, ainda, pela amamentação não ter corrido como esperado (Sapsford, R. et al. 2006). Como tal, é essencial um apoio emocional por parte do fisioterapeuta (Sapsford, R. et al. 2006).

Relativamente às queixas que a utente apresentava nos punhos/mãos, Síndrome do Túnel Cárpico, estas têm, muitas vezes, início no decorrer da gravidez (Radua C. 2010). Esta situação deriva normalmente, da retenção dos líquidos que, na zona dos punhos, origina compressão a nível do Nervo Mediano. No entanto, esta situação, em muitos casos, é resolvida após o parto sem que seja necessário intervenção médica ou da Fisioterapia (Padua, L. et al. 2010).

Para diminuir os sintomas (parestesias e desconforto) foi aconselhado: diminuir a atividade dos punhos (o que pode ser difícil de realizar/cumprir tendo em consideração que a utente tem de tratar do filho); utilizar uma tala noturna de forma a manter os punhos na posição neutra, durante a noite.

De acordo com O'Connor, D. et al. (2003) existem diversos tratamentos passíveis de serem realizados nesta patologia, sejam eles cirúrgicos ou não cirúrgicos/conservadores. Dos tratamentos não cirúrgicos, estes autores comprovaram, na sua revisão sistemática, que os esteroides orais, talas, ultrasom, yoga e mobilização do punho são uma alternativa eficaz que alivia os sintomas a curto prazo.

Foi demonstrado efeitos a curto prazo da tala noturna (O'Connor, D. et al. 2003), sendo que não foram encontradas diferenças significativas entre a utilização da tala durante o dia comparativamente à utilização exclusiva durante a noite. No entanto, a evidência científica existente, relativamente à utilização da tala, ainda é limitada pelo que são necessários mais estudos de forma a demonstrar o efeito efetivo que a sua utilização tem nos sintomas apresentados.

No mesmo estudo (O'Connor, D. et al. 2003), consideram que a mobilização e a realização de exercícios, através do yoga, diminuem a dor e a dormência sentida pelos

utentes, não encontraram, no entanto, efeitos significativos na realização de exercícios neurodinâmicos. Apesar de este artigo apresentar estes resultados, têm de ser realizados um maior número de estudos pois o número de artigos incluídos na revisão sistemática, para cada tratamento, é muito baixo.

Huisstede, B. et al. (2010) na sua revisão sistemática comprovaram igualmente a efetividade dos esteroides orais, da injeção de esteróides, ultrasom, terapia eletromagnética, talas noturnas, placas ergonómicas e aplicação de calores, no alívio dos sintomas a curto prazo, e Page, M. J. et al. (2012) também comprovaram a eficácia da imobilização do punho, durante a noite.

Verhagen, A. et al. (2007) analisaram, entre outras intervenções, a prática de exercícios do punho e mão. Na sua revisão sistemática, encontraram artigos com resultados contraditórios: num artigo não foram encontradas diferenças significativas na dor, função e tempo de baixa, enquanto, em dois outros estudos foram encontrados resultados benéficos na aplicação do exercício (de força e resistência) comparativamente à ausência de intervenção/tratamento. Como tal, deverão ser realizados mais estudos de forma a determinar o efeito real da realização de exercícios no tratamento da Síndrome do Túnel Cárpico.

O artigo analisado, relativo a esta intervenção artigo “Systematic Review of Pregnancy – Related Carpal Tunnel Syndrome” publicado na Muscle & Nerve, 2010, pelos autores, Padua, L. et al. (Anexo 1), demonstrou que esta patologia tem uma incidência elevada (entre 31 e 62%) nas puérperas sendo que em 50% das utentes a situação encontra-se totalmente resolvida um ano após o parto. Pelo que concluímos que a patologia pode ser resolvida, no primeiro ano, se for aplicada uma intervenção correta e específica.

Relativamente aos objetivos dos exercícios, aumento de força ou aumento da resistência muscular, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas entre a aplicação de ambos.

Por outro lado, as queixas dolorosas a nível da região lombar iniciam-se muitas vezes durante a gravidez, sendo a sua causa muito variável. Estas alterações podem ter origem no ganho de peso que ocorre durante a gravidez, nas alterações posturais, nos movimentos repetitivos de flexão/extensão do tronco ou mesmo na insuficiência pélvica devido a alterações hormonais. Na grande maioria das situações (93%), a dor parece desaparecer entre o primeiro e o sexto mês (Sapsford, R. et al. 2006).

A dor na região lombar, que surge no Pós-Parto, como foi o caso, é, na maioria das vezes, desencadeada pelo levantamento de pesos, nesta etapa, e pelas posturas incorretas adotadas (Sapsford, R. et al. 2006). De forma a diminuir a dor e a melhorar a condição clínica foi aconselhado à utente a adoção de posições adequadas aquando das atividades relacionadas com o bebé (banho, mudar a fralda e alimentação) tal como a utilização dos membros inferiores aquando do levantamento do bebé.

A diástase dos Retos é uma condição que tem uma incidência elevada nas grávidas (entre 67% e 100%). Podendo vários fatores estar na origem do aparecimento desta condição: peso ganho durante a gravidez, idade da mãe, peso do bebé à nascença, insuficiência do tecido conjuntivo ou nível de exercício da mãe (Sapsford, R. et al. 2006). A presença desta diástase indica existirem alterações a nível da integridade da parede abdominal, como a fraqueza dos músculos Transversos e Oblíquos (Sapsford, R. et al. 2006).

Desta forma, foram realizados exercícios para promover o restabelecimento da estabilidade abdominal e pélvica. Os exercícios realizados basearam-se inicialmente no recrutamento do Músculo Transverso do Abdómen, que é um dos principais responsáveis pela estabilidade da Pélvis e, posteriormente, pelo recrutamento dos Músculos Oblíquos e só após o aumento da estabilidade da Pélvis, os Músculos Retos Abdominais. Pois, de acordo com (Brashaw, E. 2003) todos os Músculos Abdominais necessitam de ser trabalhados e exercitados de forma a readquirirem o seu comprimento e a sua força.

Durante as sessões, foi ensinado às utentes como realizar massagem ao bebé e quais os benefícios que esta proporciona à mãe e ao bebé.

De acordo com a literatura, a massagem facilita o crescimento e o desenvolvimento dos bebés, tendo sido demonstrado um aumento do peso diário superior em 47% comparativamente com bebés que não receberam massagem, promove o aumento do tempo de alerta do bebé e um aumento da maturidade, orientação e atividade motora (Kuhn, C. e Schanberg, S. 1996).

Relativamente aos filhos de mães com depressão, a massagem altera o comportamento destes, melhorando o seu desenvolvimento, promovendo o aumento de peso e diminuindo o seu nível de *stress*, tornando-os mais sociáveis.

Cullen, L. e Barlow, J. (2004) consideram que a massagem melhora os padrões de sono do bebé, faz os pais sentirem-se mais confiantes no tratamento dos seus bebés,

mais capazes de lidarem com o bem-estar psicossocial dos seus bebés, melhorando, também, os seus níveis de ansiedade.

Gürol, A. e Polat, S. (2012) consideram que a ligação mãe-bebé é essencial para que o bebé tenha uma vida saudável, a nível físico, psicológico e emocional. Para estes autores, o toque aumenta fortemente os comportamentos de interligação, melhorando a capacidade do bebé entender o ambiente em que está inserido.

De acordo com os mesmos autores, a ligação materna depende de dois fatores: da interação entre a mãe e o bebé e o contacto físico entre eles. Desta forma, consideram que a massagem aprofunda a relação mãe-bebé, tendo comprovado este facto no seu estudo, e encontrado uma maior ligação no grupo em que foi aplicada a massagem comparativamente ao grupo de controlo (sem aplicação de massagem).

## 2º Caso clínico apresentado

Para realizar uma análise crítica da intervenção considero ser importante analisar a intervenção realizada para cada problema/alteração de forma separada.

As alterações físicas da gravidez que a utente apresentava eram dores nos quadrantes inferiores do abdómen com contrações uterinas intensas, rítmicas e dolorosas que melhoravam com o descanso, pelo que foi aconselhado, à mãe, repouso (Keirse, M. 1995). Referia também câibras pelo que foi aconselhada a realizar alongamentos antes de se deitar e quando sintomática.

O refluxo gastro-esofágico apresentado pela utente deve-se ao relaxamento do Esfíncter Esofágico Inferior por efeito da relaxina, sendo este um sintoma frequente na gravidez devido ao aumento da relaxina (Irion, J. e Irion, G. 2010). Para alívio deste sintoma foi aconselhado uma alimentação saudável, evitando alimentos ácidos ou demasiados gordurosos, café e bebidas gaseificadas e evitar deitar-se logo após as refeições.

A dor lombar é um sintoma comum nas grávidas, que pode ter gravidade variável. (Novaes, F. et al. 2006). Estas alterações podem dever-se ao ganho ponderal que ocorre durante a gravidez, às alterações posturais, a efeitos vasculares, ao movimento repetitivo de flexão/extensão do tronco ou mesmo a insuficiência pélvica devido a alterações hormonais. Na grande maioria das situações (93%), a dor parece desaparecer entre o primeiro e o sexto mês de gestação (Sapsford, R. et al. 2006).

No caso particular desta utente, pela avaliação subjetiva, ficou esclarecido que as queixas eram principalmente causadas pelo posicionamento adquirido durante o dia (na posição de deitada e/ou sentada), pelo que foi aconselhado posicionamentos corretos (Navaes, F. 2006) e a utilização de auxiliares como almofadas de forma a aumentar o suporte da coluna e a manter uma posição ergonómica.

Um dos objetivos da Preparação para o Nascimento é, também, ensinar diferentes temáticas. Assim, foram tratadas as seguintes temáticas: estratégias para alívio dos sintomas apresentados; sinais de alerta no decorrer da gravidez; posições de alívio da dor durante o trabalho de parto; os sinais de parto; respiração no decorrer do trabalho de parto; fases do trabalho de parto; rotinas dos hospitais; amamentação; cuidados básicos com o bebé (banho, muda de fraldas, cordão umbilical, roupa...); cuidados com a puérpera; cuidados imediatos após o parto; papel do pai e as alterações psicológicas e emocionais em ambos os pais quer no decorrer da gravidez, parto ou no Pós-Parto; tal como o esclarecimento de todas as questões colocadas pelas grávidas ou pelos seus companheiros.

Por outro lado, a Fisioterapia pretende também promover a tranquilidade e o bem-estar durante a gravidez pelo que é essencial utilizar técnicas que promovam o relaxamento e esclarecer as mães sobre temáticas que estejam na origem de ansiedade. A grávida foi esclarecida sobre o que é a placenta prévia, porque é que o parto teria de ser feito por cesariana, o procedimento da cesariana, as rotinas do hospital nos casos de cesariana, após ter conhecimento que tinha placenta prévia.

O artigo analisado para fundamentar a aplicação do relaxamento, artigo “Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial”, na revista Psychoneuroendocrinology, 2010, por Urech, C. et al., demonstrou que a aplicação do relaxamento tem um efeito positivo a nível do relaxamento e da ansiedade, tal como a nível da frequência cardíaca. Foi também demonstrado que o relaxamento guiado tem um maior efeito no aumento do relaxamento comparativamente ao grupo de relaxamento muscular progressivo.

De acordo com Urech, C. et al. (2010), as técnicas de relaxamento têm comprovado serem métodos eficazes na diminuição do nível de *stress* referido pelos utentes, em estudo clínicos de populações não grávidas. Segundo os mesmos autores, estudos sobre o impacto do relaxamento durante a gravidez têm revelado efeitos a nível da diminuição do número de partos prematuros, no prolongamento do tempo de gestação, no aumento do peso do bebé à nascença, na diminuição do número de



cesarianas e dos partos com utilização instrumental. Por outro lado, o relaxamento tem demonstrado ter um impacto imediato na redução do *stress* e ansiedade na mulher grávida (Urech, C. et, al. 2010).

No estudo de Urech, C. et al. (2010), os autores demonstraram existirem diferenças nos efeitos a nível do *stress*, consoante o tipo de relaxamento utilizado.

Kwekkeboom, K. e Gretarsdottir, E., na sua revisão sistemática colocam a hipótese do relaxamento ser eficaz na redução da dor, devido à diminuição da necessidade de oxigénio por parte dos tecidos e diminuir o nível de químicos que possam desencadear a dor, reduzir a tensão muscular e a ansiedade que pode aumentar a dor tal como libertar endorfinas. Tendo encontrado benefícios, na realização de relaxamento de forma sistemática, em dois estudos.

Em relação ao hábito tabágico, foi transmitido às grávidas os efeitos nocivos que este podia provocar, especialmente no bebé (a nível do crescimento, desenvolvimento neurológico e desenvolvimento pulmonar). No entanto não foi aconselhado à mãe deixar totalmente de fumar pois, de acordo com Campos, D. et al. (2008) o facto de deixar de fumar pode levar a um aumento da ansiedade da mãe que pode ter efeitos negativos a nível do desenvolvimento do feto (especialmente tendo em consideração que a grávida já tinha diminuído significativamente o consumo de tabaco).

### 3º caso clínico apresentado

Para realizar uma análise crítica da intervenção considero ser importante analisar a intervenção realizada para cada problema/alteração de forma separada.

Desta forma, analisando a intervenção relativa à promoção/estimulação da amamentação entende-se que a Fisioterapia tem um papel fundamental no isentivo deste processo.

A utente inicialmente apareceu nas classes com uma mastite já tratada e sem queixas. No entanto, simultaneamente apresentava gretas/fissuras a nível do mamilo, que originavam dor.

Como as causas principais pra o aparecimento das fissuras ou gretas são a pega incorreta e prolongamento exagerado da duração das mamadas (Saraiva, H. 20110) foi necessário avaliar a pega que o bebé estava a fazer para determinar se era uma pega correta e eficaz e saber se o número e a duração das mamadas era adequadas.

Foi corrigida a pega e ensinadas estratégias para aliviar e tratar as fissuras (aplicar leite materno nos mamilos, após a mamada; expor os mamilos ao ar e à luz; utilizar os mamilos de silicone e creme cicatrizante) (Saraiva, H. 2010), de acordo com Stables, R. e Rankin, J. (2011) também são um tratamento eficaz. O tratamento atempado é muito importante pois a sua manutenção pode levar ao aparecimento de outras complicações como a mastite (Crepinsek, M. 2012).

A presença de diástase dos Músculos Retos Abdominais indica que existem alterações a nível da integridade da parede abdominal, como a fraqueza dos músculos Transversos e Oblíquos (Sapsford, R. et al. 2006). Desta forma, foram realizados exercícios para promover o restabelecimento da estabilidade abdominal e pélvica. Os exercícios realizados basearam-se inicialmente no recrutamento do Músculo Transverso do Abdómen, que é um dos principais responsáveis pela estabilidade da Pélvis e, posteriormente, pelo recrutamento dos Músculos Oblíquos e, só após o aumento da estabilidade da Pélvis, dos Músculos Retos Abdominais. De acordo com (Brashaw, E. 2003) todos os Músculos Abdominais necessitam de ser trabalhados e exercitados de forma a readquirir o seu comprimento e a sua força.

Durante as sessões, foi ensinado à utente como realizar massagem ao bebé e quais os benefícios que este proporciona à mãe e ao bebé. De acordo com a literatura, a massagem facilita o crescimento e o desenvolvimento dos bebés, tendo sido demonstrado um aumento do peso diário superior em 47% comparativamente com bebés que não receberam massagem, promove aumento do tempo de alerta do bebé e demonstrou um aumento da maturidade, orientação e atividade motora (Kuhn, C. e Schanberg, S. 1996).

Relativamente aos filhos de mães com depressão, a massagem altera o comportamento destes, aumenta o seu desenvolvimento e promove o aumento de peso e diminui o seu nível de *stress*, tornando-os mais sociáveis.

Cullen, L. e Barlow, J. (2004) consideram que a massagem não só melhora os padrões de sono do bebé como faz os pais se sentirem mais confiantes no tratamento dos seus bebés, mais capazes de lidar com o bem-estar psicossocial dos seus bebés e melhora também os seus níveis de ansiedade.

Gürol, A. e Polat, S. (2012) consideram que a ligação mãe-bebé é essencial para que o bebé tenha uma vida saudável, a nível físico, psicológico e emocional. Para estes autores, o toque aumenta fortemente os comportamentos de interligação, melhorando também a capacidade de o bebé entender o ambiente em que está inserido.

De acordo com os mesmos autores, a ligação materna depende de dois fatores: da interação entre a mãe e o bebé e o contacto físico entre eles. Desta forma, consideram que a massagem irá aprofundar a relação mãe-bebé, tendo comprovado este facto no seu estudo, em que foi encontrado uma maior ligação no grupo em que foi aplicada a massagem comparativamente ao grupo de controlo (sem aplicação de massagem).

Relativamente às perdas de urina, a utente foi incentivada a realizar exercícios do Pavimento Pélvico, não só no decorrer das sessões mas também em casa tal como antes de realizar atividades de maior intensidade, espirrar ou tossir.

De acordo com Mørkved, H. et. al (2009) a realização de exercícios do Pavimento Pélvico é uma intervenção eficaz, não apenas para prevenir o aparecimento da Incontinência Urinária, na gravidez e Pós-Parto, mas, também, para tratamento quando esta se mantém no Pós-Parto. Bø, K. (2007) demonstrou, no seu artigo, que a realização de um plano de exercícios de três séries de oito a doze repetições de contrações máximas melhora a condição e, consequentemente, a qualidade de vida das utentes.

O artigo analisado, para determinar a eficácia da intervenção na Incontinência Urinária, demonstrou que as manobras ensinadas, a realizar antes do esforço, são eficazes no tratamento deste sintoma e que a realização de exercícios do Pavimento Pélvico facilitam a contração muscular, impedindo as perdas de urina.

Os autores concluíram que o treino dos músculos do Pavimento Pélvico é eficaz para a Incontinência Urinária de Esforço e que o tratamento é mais efetivo quando ensinados e supervisionados por profissionais de saúde especializados, incluindo o fisioterapeuta.

No entanto, não existem dados/estudos suficientes para analisar o efeito desta intervenção a longo prazo.

## 5. Projeto de implementação de melhorias do local de prática

### 5.1. Centro de Saúde de Sintra

#### 5.1.1. Plano de melhorias

No Centro de Saúde de Sintra as melhorias que aplicaria, nas sessões de Preparação para o Nascimento, seriam as seguintes:

- Utilizaria o *data show* e as apresentações em *power point* apenas como material auxiliar, e não como material principal, de transmissão de informação;
- Diminuiria o número de utentes presentes em cada classe, não permitindo que estes ultrapassassem os 10 utentes (mais 10 acompanhantes);
- Teria em atenção o tempo de gestação das grávidas. Não permitindo a existência, na mesma classe, de grávidas com tempo de gestação muito variado (máximo de 3 semanas de diferença);
- Elaboraria um programa das sessões, previamente ao início das classes, de forma a ter bem definidos os temas, e a ordem de abordagem temática, para poder distribuir as futuras mães de forma a que as mães, em caso de ausência, pudessem, posteriormente, colocar questões/dúvidas relativamente ao temas abordados na sua ausência;
- Alteraria as fichas de utentes de forma a obter mais informação relevante e a englobar não só os dados da mãe mas também do pai, e mesmo do bebé, tal como, os resultados dos exames relevantes;
- Realizaria exercícios do Pavimento Pélvico em todas as sessões, dando uma maior ênfase à necessidade de realização destes exercícios;
- Realizaria uma reavaliação dos utentes, no início de cada sessão, para verificar se existiram algumas alterações, desde a semana anterior, realizando um seguimento mais próximo de cada utente;
- Integraria mais os pais (elementos do sexo masculino) no decorrer das sessões, pedindo a sua participação não só nas discussões como também nos exercícios a realizar/cuidados do bebé;
- Demonstraria a correta execução de determinadas atividades, como as atividades do bebé, não utilizando apenas o *data show* para projeção de imagens;
- Implementaria uma visita, por parte da Fisioterapia, a casa das utentes, caso estas o desejassem, nos dias a seguir ao parto, para apoiar, acalmar e esclarecer possíveis dúvidas dos pais.

Relativamente às sessões de Pós-Parto as alterações que realizaria, no Centro de Saúde de Sintra, seriam:

- Implementaria a discussão de temas de interesse para as mães de forma a informá-las e esclarecê-las;

- Implementaria a massagem do bebé como parte integrante das sessões do Pós-Parto.

## 5.2. Hospital São Francisco Xavier

### 5.2.1. Plano de melhorias

As melhorias a realizar, segundo a minha opinião, no Hospital São Francisco Xavier, relativamente à Preparação para o Nascimento, seriam:

- Integraria uma equipa multidisciplinar nas sessões que incluíssem não só o médico(a) anestesista mas também uma psicóloga;
- Tentaria implementar uma visita, por parte da Fisioterapia, a casa das puérperas, nos dias seguintes ao parto para apoiar e esclarecer possíveis dúvidas dos pais.

Relativamente às sessões de Pós-Parto, as melhorias que implementaria seriam:

- Integraria uma equipa multidisciplinar nas sessões que incluíssem uma psicóloga e se necessário mesmo uma enfermeira;
- Na primeira sessão de Pós-Parto, pediria às mães que seleccionassem, de entre um conjunto de temas, os que preferiam ver esclarecidos/abordados.

No tratamento das Disfunções do Pavimento Pélvico, incluiria apenas uma classe, para tratamentos dessas mesmas disfunções, sendo que os utentes iniciariam a sua participação, nessas classes, após a realização dos tratamentos individuais.

## 6. Conclusão

Através da presente análise e reflexão sobre o processo de estágio, foi interessante perceber que os objetivos foram alcançados, permitindo aumentar os conhecimentos nas diversas áreas de intervenção, aumentando a minha capacidade de autoavaliação, autocrítica e de transmissão de conhecimentos.

Foi importante verificar ao longo das diferentes sessões que o relacionamento e proximidade com as utentes foi melhorando, estimulando a aproximação e relação, o que facilitou a perceção do conhecimento e das dúvidas de cada uma das utentes, melhorando, deste modo, a minha prestação.

O contacto com a realidade clínica constituiu um contexto de aprendizagem, por me suscitar a necessidade de preparar as temáticas para as sessões e, em simultâneo, alargar o âmbito dos conhecimentos que se relacionavam com as temáticas de modo a preparar-me para as questões que me podiam ser colocadas. O aprofundamento teórico de artigos científicos foi uma constante e constituiu um enriquecimento precioso para a minha prática.

O contrato de aprendizagem foi uma ferramenta fundamental para a reflexão da minha atividade no decorrer do estágio, no entanto, poderia ter tido uma maior relevância e eficácia se não tivesse existido atraso na realização deste.

## 7. Bibliografia

- Bernardo, C. et al. (2008). *Estudo PIU : prevalência da Incontinência Urinária no norte de Portugal*. - V. 13, n. 139 p. 73-80;
- Bø, K., Berghmans, S. Mørkved, S. Kamper, M. (2007). *Evidenced based physical therapy for the pelvic floor*. Philadelphia: Elvessier Ltd;
- Brashaw, E. (2003). *Exercise for pregnancy and childbirth*. Edinburgh: Books for Enfermeiras parteirass;
- Campos, D., Montenegro, N., Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de medicina materno fetal*. Lisboa: Lidel;
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. *Caracterização da Área de Influência*. [http://www.hsfxavier.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Caract\\_area\\_Influencia.htm](http://www.hsfxavier.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Caract_area_Influencia.htm) 06-03-2012 17:53;
- Chiarelli, P. (1999). *The development of a physiotherapy continence promotion program using a customer focus*. Australian journal of physiotherapy. v. 45, n. 2 p. 111-119;
- Crepinsek, MA., Crowe, L., Michener, K., Smart, NA. (2012). *Intervention for preventing mastitis after childbirth*. The Cochrane Collaboratio;
- Cullen, L.; Barlow, J. (2004). *A training and support programme for caregivers of children with disabilities: an exploratory study*. Patient Education and Counseling 55 (2004) 203-209;
- Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher. *Pós-Parto*. [http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31&Itemid=167](http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=167) 13-03-2012 17:44
- Grupo de Interesse de Fisioterapia na Saúde da Mulher. *Preparação para o Nascimento*. [http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=164](http://www.apfisio.pt/gifsm/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=164) 13-03-2012 16:26
- Gürol, A.; Polat, S. (2012). *The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants*. Asian Nuring Research 6 (2012) 35-41;
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em ginecologia*. São Paulo: Livraria Editora Santos;

- Huisstede, B., Glerum, S., Hoogvliet, P., Koes, B., Middelkoop, M., Randsdorp, M. (2010). *Carpal Tunnel Syndrome. Part I - Effectiveness of Nonsurgical Treatments - A Systematic Review*. Arch Phys Med Rehabil - Vol 91;
- Irion, J. e Irion, G. (2010). *Women's Health in Physical Therapy*. Philadelphia: The point;
- Kuhn, C.; Schanberg, S.; Field, T.; Grizzle N.; Scafidi F.; Abrams, S.; Richardson, S. (1996). *Massage Therapy for Infants of Depressed Mothers*. Infant Behavior and Development 19 (1996), 107-112;
- Kwekkeboom, L.;Gretarsdottir (2006). *Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain*. Journal of Nursing Scholarship, 38:3 (2006) 269-277;
- Ministério da Saúde. *Interface Cuidados Continuados Integrados – Cuidados de Saúde Primários*.[http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article\\_6460/21interface\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_em\\_csp\\_maio2011.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_6460/21interface_cuidados_continuados_integrados_em_csp_maio2011.pdf) 04-03-2012 12:30
- Ministério da Saúde. *O que está a mudar nos cuidados de saúde primários em Portugal?*[http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/01-o\\_que\\_esta\\_a\\_mudar\\_nos\\_csp\\_em\\_portugal.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/01-o_que_esta_a_mudar_nos_csp_em_portugal.pdf).04-03-2012 12:06
- Ministério da Saúde. *Unidade de Cuidados na Comunidade* [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/04-UCC.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/04-UCC.pdf) 04-03-2012 12:56
- Ministério da Saúde. *Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados*. [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article\\_6460/06\\_urap.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_6460/06_urap.pdf) 04-03-2012 12:43
- Ministério da Saúde. *Unidade de Saúde Pública*. [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article\\_6460/05\\_usp.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_6460/05_usp.pdf) 04-03-2012 12:14
- Napal Ros, C. et al. (2004). *Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria*. Asociación Española de Enfermería en Urología. 89 : 8-10;
- Novaes, F.; Shimo A.; Lopes M. (2006). *Lombalgia na Gestação*. Rev Latino. am Enfermagem (2006) Julho-Agosto; 14(4):620-4;
- O'Connor, D.; Marshall, Shawn.; Massy-Westropp, N.; Pitt, V. (2012). *Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome*. The Cochrane Collaboration (2012) Issue 7
- Organização das Nações Unidas. *Objetivos do Milénio* <http://www.objetivo2015.org/inicio/> 06-03-2012 19:06



- Padua, L.; Pasquale, A.; Pazzaglia, C.; Liotta, G.; Librante, A.; Mondelli, M. (2010). *Systematic Review of Pregnancy-Related Carpal Tunnel Syndrome*. Wiley Online Library
- Page, M.; O'Connor, D.; Pitt, V.; Massy-Westropp, N. (2012). *Exercise and mobilisation interventions for carpal tunnel syndrome*. The Cochrane Library.
- Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei Nº 28/2008*, De 22 de fevereiro - Agrupamento de Centros de Saúde – Unidade de Cuidados na Comunidade
- Portugal, Ministério da Saúde, *Decreto-Lei nº 28/2008*, de 22 de fevereiro - Agrupamento de Centros de Saúde - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- Price, N.; Dawood, R.; Jackson, S. (2010). *Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A systematic literature review*. *Maturitas* 67, 309–315;
- Sapsford, D., Bullock-Saxton, J., Markwell, S. (2006). *Women's health: a textbook for physiotherapists*. Edinburgh: WS Saunders Company Ltd.;
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno - Promoção & Manutenção*. Lisboa: LIDEL;
- Schott, J. (2002). *Leading antenatal classes: a practical guide*, Oxford: BFM;
- Urech, C.; Fink, N.; Hoesli I.; Wilhelm, F.; Bitzer, J.; Alder, J. (2010). *Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial*. *Psychoneuroendocrinology* 35, 1348-1355;
- Üstün & Jakob (2005). *Redefining 'Health'*. *Bulletin of the World Health Organization* (2005); 83: 802
- Verhagen, A.; Karels, C.; Bierma-Zeinstra, S.; Feleus, A.; Dahaghin, S.; Burdorf, A.; Koes, B. (2007). *Exercise proves effective in a systematic review of work-related complaints of the arm, neck, or shoulder*. *Journal of Clinical Epidemiology* 60 (2007) 110-117;
- World Health Organization. Women's Health  
[http://www.who.int/topics/womens\\_health/en/](http://www.who.int/topics/womens_health/en/) 06-03-2012 18:45

## Apêndices

## Apêndice I

### Folheto do Pós-Parto imediato

## Apêndice II

### Questionário do Centro de Saúde de Sintra relativamente à Preparação para o Nascimento, extensão Terrugem

## Apêndice III

### Questionário do Centro de Saúde de Sintra relativamente à Preparação para o Nascimento, extensão Câmara Municipal de Sintra

## Apêndice IV

### Questionário do Centro de Saúde de Sintra relativamente ao Pós-Parto

## Apêndice V

### Questionário do Hospital São Francisco Xavier relativamente à Preparação para o Nascimento

## Apêndice VI

### Questionário do Hospital São Francisco Xavier relativamente ao Pós-Parto



## Apêndice VII

### Resultados obtidos no Centro de Saúde de Sintra relativamente à Preparação para o Nascimento

## Apêndice VIII

### Resultados obtidos no Centro de Saúde de Sintra relativamente ao Pós-Parto

## Apêndice IX

### Resultados obtidos no Hospital São Francisco Xavier relativamente à Preparação para o Nascimento

## Apêndice X

### Resultados obtidos no Hospital São Francisco Xavier relativamente ao Pós-Parto

## Apêndice XI

### *Feedback* das tutoras do Hospital São Francisco Xavier

## Apêndice XII

Ficha clínica da utente que participou nas sessões de Pós-Parto, Centro de Saúde de Sintra

## Apêndice XIII

Problemas reais e potenciais da utente que participou nas  
sessões de Pós-Parto, Centro de Saúde de Sintra

## Apêndice XIV

Objetivos a curto e a longo prazo da utente que participou  
nas sessões de Pós-Parto, Centro de Saúde de Sintra



## Apêndice XV

Ficha clínica da utente que participou nas sessões  
Preparação para o Nascimento no Hospital São Francisco  
Xavier

## Apêndice XVI

Problemas reais e potenciais da utente que participou nas sessões Preparação para o Nascimento no Hospital São Francisco Xavier

## Apêndice XVII

Objetivos a curto e longo prazo da utente que participou nas sessões Preparação para o Nascimento no Hospital São Francisco Xavier

## Apêndice XVIII

Ficha clínica da utente que participou nas sessões de Pós-Parto do Hospital São Francisco Xavier

## Apêndice XIX

Problemas reais e potenciais da utente que participou nas sessões de Pós-Parto do Hospital São Francisco Xavier

## Apêndice XX

Objetivos a curto e longo prazo da utente que participou nas sessões de Pós-Parto do Hospital São Francisco Xavier

## Anexos

## Anexo I

### Artigo “Systematic Review of Pregnancy – Related Carpal Tunnel Syndrome”



## Anexo II

Artigo “Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial”

### Anexo III

Artigo “Pelvic floor exercise for urinary incontinence: A  
systematic literatues review”

## Parte 2 – Estudo de Caso

### 1. Resumo

A Preparação para o Nascimento é uma das áreas de intervenção da Fisioterapia e está inserida na área da Saúde da Mulher.

O estudo de caso teve como objetivo apresentar e analisar a intervenção realizada no decorrer das oito sessões de uma classe de Preparação para o Nascimento no Hospital São Francisco Xavier.

A classe era constituída por dez grávidas com problemas e dúvidas específicas. A intervenção realizada teve como objetivo colmatar essas dúvidas, tratar/aliviar os sintomas das utentes, tal como transmitir às mães novos conhecimentos nas diversas áreas abrangidas nas sessões.

Os objetivos gerais definidos para as classes foram alcançados, sendo, também, possível melhorar os sintomas apresentados pelas utentes e, consequentemente, a sua qualidade de vida.

A Preparação para o Nascimento revelou-se uma mais-valia não só para a grávida mas também para o bem-estar de toda a família. No entanto, para que a intervenção seja ainda mais efetiva seria vantajoso uma avaliação objetiva e individualizada, tal como uma intervenção multidisciplinar, no decorrer das sessões.

### 2. Introdução

O presente estudo de caso está inserido na Unidade Curricular Estágio do Mestrado em Fisioterapia, 2.<sup>a</sup> edição, na área de especialização Saúde da Mulher.

A intervenção descrita foi efetuada no Serviço de Medicina Física de Reabilitação do Hospital São Francisco Xavier. Neste Serviço, existem atualmente 4 fisioterapeutas responsáveis pelas classes de Preparação para o Nascimento e do Pós-Parto.

O caso, que me proponho apresentar, refere-se a uma classe de Preparação para o Nascimento que ocorreu no período de 5 de janeiro a 23 de fevereiro de 2012. O grupo era constituído, inicialmente, por 10 grávidas que iniciaram a Preparação para o Nascimento entre as 28 e as 30 semanas de gestação.

## **História da Preparação para o Nascimento**

A Preparação para o Nascimento, propriamente dita, é relativamente recente sendo que as principais teorias (de Lamaze e Grantley Dick-Read) são datadas do início do século XX. Dado que, no passado, o conhecimento relativo ao parto era transmitido, tradicionalmente, de uma geração para a seguinte, através da comunicação de mulher para mulher.

Durante milhares de anos era a “rede de mulheres”, de cada sociedade, que mantinha a mulher informada sobre o parto e o nascimento. Para entender o seu papel na sociedade a mulher tinha de entender o processo de nascimento: o que ajudava, ou piorava, o processo de nascimento; como reagiam as mulheres durante o parto; qual o comportamento normal do bebé; como ajudar outras mulheres no processo de nascimento...Esta transmissão de conhecimentos começou a alterar-se em meados do século XVIII, com a Revolução Industrial.

A industrialização alterou profundamente o papel da mulher na família, deixando esta de colaborar ativamente nos partos, como a sua mãe e avó tinham feito. As mulheres já não assistiam aos partos umas das outras. Estava muito "na moda" contratar um médico que trazia instrumentos, como os *forceps*, que eram facilitadores, e tornavam o parto mais seguro e mais civilizado.

No final do século XIX e início do século XX, a mulher trabalhadora optava, cada vez mais, por dar a luz nos hospitais públicos. Estar num hospital permitia o acesso aos cuidados de saúde e à assistência de um médico, já acostumado a realizar partos. A classe médica prometia um parto menos doloroso e mais seguro. Com a Rainha Vitória, em Inglaterra, a ter os seus dois últimos bebés sobre o efeito do clorofórmio, a analgesia aumentou a sua popularidade.

Devido à migração urbana, do campo para a cidade, e a separação das mulheres das suas famílias alargadas, a transmissão de informação sobre o parto cessou e, na época da Revolução Industrial, muitas mulheres viram-se na ignorância sobre o processo do parto, com medo desse acontecimento, ansiosas e sem suporte familiar. Por esta altura, começaram também a existir movimentos para a transmissão de informação sobre saúde, com o intuito de informar a mulher sobre os procedimentos a adotar, durante a gravidez e após o nascimento do bebé. Desta forma, os *media*, tiveram um papel fundamental na transmissão de conhecimentos sobre a gravidez e o parto.

Em 1906, tinha-se tornado evidente, entre os profissionais de saúde, que uma correta educação das mães deveria fazer parte integrante das estratégias para diminuir a

mortalidade infantil. Como tal, criaram-se visitas ao domicílio com o objetivo de educar as mães sobre os cuidados necessários à saúde da família. Nestas visitas, eram também dados conselhos sobre a gravidez. Em 1950, no entanto, com o aumento do internamento hospitalar, esse aconselhamento, passou a fazer parte do papel das enfermeiras parteiras.

Com a emancipação da mulher, a perspetiva da mulher, relativamente ao parto, modificou-se, passando a querer controlar a experiência do parto. A partir de 1980, o controlo da experiência expandiu-se para englobar decisões sobre o momento (quando), o tempo de duração e a quantidade de dor a suportar, durante o parto.

Também por esta altura, começaram a surgir diversas teorias da Preparação para o Nascimento, em que se destacaram Grantley Dick-Read, no Reino Unido, e Lamaze, em França, que criaram estratégias similares para a Preparação para o Nascimento, apesar de se basearem em teorias diferentes. Ambos acreditavam que a grávida devia ser educada por considerarem que a educação era valiosa a nível social, por aumentar o nível geral de conhecimentos e, particularmente, por prevenir as mulheres em relação ao que iria acontecer, diminuindo o medo/ansiedade e aumentando a sua autoestima.

Em 1912, em Londres, Minnie Randall desenvolveu um especial interesse no estudo da intervenção do fisioterapeuta durante a gravidez, o parto e o puerpério, criando um programa de exercícios específico. Inicialmente, os exercícios foram pensados para o período do Pós-Parto, sendo, mais tarde, desenvolvidos outros exercícios para o período pré-natal.

A Preparação para o Nascimentos, como conceito de saúde preventivo, teve origem na American Red Cross, em 1908, tendo-se realizado classes de higiene materna, nutrição e cuidados do bebé. Em 1919, a Maternity Center Association of New York, ofereceu classes tendo como princípio que o cuidado materno era um direito. Posteriormente, a Maternity Center Association of New York realizou campanhas para encorajar a procura de cuidados pré-natais de forma mais precoce.

Entre 1950 e 1980, deu-se a formalização da Preparação para o Nascimento, tendo o British National Childbirth Trust sido a maior organização a treinar educadores de Preparação para o Nascimento e conselheiros de amamentação e Pós-Parto, desde 1956.

Demonstra-se, assim, que ao longo de toda a História, a evolução da Preparação para o Nascimento foi, acompanhada por uma evolução da Fisioterapia, que passou a integrar a sua intervenção noutras áreas de interesse como a Ginecologia e o tratamento

de disfunções do Pavimento Pélvico. Desde 1912, o fisioterapeuta tem sido um membro importante da equipa de Serviços Maternos.

Em Portugal, a Fisioterapia na área da Saúde da Mulher surgiu, apenas, em 1980, através da formação de fisioterapeutas, nesta área.

O Grupo de Interesse da Fisioterapia em Obstetrícia e Ginecologia foi formado em 1983, pela Fisioterapeuta Isabel Sousa Guerra, Fisioterapeuta Fátima Sancho, Fisioterapeuta Celeste Quitinho e Fisioterapeuta António Ramos, que sentiram a necessidade de criar um grupo de interesse que promovesse, desenvolvesse, apoiasse e estimulasse a Saúde da Mulher. Posteriormente (1998), o nome do grupo de interesse foi alterado para Grupo de Interesse da Fisioterapia na Saúde da Mulher em concordância com a International Organization of Physical Therapist in Women's Health, organismo de que se tornou membro oficial em 1999.

Nos dias de hoje, a maioria dos programas de Preparação para o Nascimento, incluem três elementos comuns:

- 1) Informação sobre o processo e procedimentos relacionados com o parto;
- 2) Estratégias de como lidar com a dor;
- 3) Enfatizar o suporte no decorrer do parto, seja este pôr parte do parceiro, da família ou do profissional de saúde, tal como desenvolver esse sistema de suporte.

### **Papel do Fisioterapeuta na Preparação para o Nascimento**

Através da História, compreendemos que a Preparação para o Nascimento tem evoluído ao longo dos anos e que a Fisioterapia tem acompanhado essa evolução, constituindo uma das disciplinas integradas nas equipas multidisciplinares da Preparação para o Nascimento (Department of Health Government of Western Australia, 2006). Sendo atribuído ao fisioterapeuta um papel importante na educação/preparação da mãe e pais, para este acontecimento. O fisioterapeuta deve, assim, ser detentor dos conhecimentos necessários a este tipo de apoio, devendo adquirir formação contínua e específica de forma a otimizar o seu nível de competências (Department of Health Government of Western Australia, 2006; Associação Portuguesa de Fisioterapia, 2008).

Nos dias de hoje, as mulheres necessitam, cada vez mais, de uma correta orientação relativamente à sua condição feminina, cabendo aos profissionais de saúde, incluindo os fisioterapeutas, fornecerem esta orientação (Department of Health

Government of Western Australia, 2006). Como tal, no decorrer da gravidez e das classes de Preparação para o Nascimento, o fisioterapeuta deve assumir o seguinte papel:

- Intervir a nível das alterações físicas da gravidez;
- Promover a adoção de hábitos de vida mais saudáveis promovendo a realização de exercício, a alteração dos hábitos alimentares, a diminuição ou eliminação de hábitos nocivos como o tabagismo ou o consumo de álcool;
- Promover a realização de exercícios específicos de estabilidade e fortalecimento;
- Trabalhar ao nível dos desconfortos da gravidez;
- Providenciar a diminuição de problemas músculo-esqueléticos;
- Ensinar técnicas de relaxamento;
- Ensinar técnicas de respiração;
- Ensinar posicionamentos a serem mãe adotados pelas futuras mães;
- Ensinar estratégias de como lidar com o parto;
- Ensinar técnicas de massagem para as mães e para os bebés;
- Ensinar ambos os pais a cuidar do bebé (cuidados iniciais do recém-nascido);
- Promover a saúde, serenidade e bem-estar durante a gravidez;
- Dar oportunidade a que mulheres discutam os seus medos e expectativas;
- Prevenir e/ou intervir nas disfunções do Pavimento Pélvico;
- Dar conselhos e desenvolver competências na grávida;
- Melhorar a confiança dos casais.

Desta forma, a Preparação para o Nascimento pretende preparar o casal para o período da gravidez, do parto e para o processo de se tornarem pais, aumentando a sua confiança e diminuindo o *stress* nos momentos/acontecimentos que se aproximam (Sasamon & Amankwaa, 2003).

Na maioria dos atuais cursos, os objetivos gerais prendem-se com aumentar a segurança no decorrer da gravidez e do parto, aumentar a satisfação do casal no decorrer destes acontecimentos, ensinar competências básicas do tratamento do bebé e dar um acompanhamento apropriado aos pais. Carroli et al. (2001) concluíram, na sua revisão

sistemática, que classes com maior número de sessões, e com maior acompanhamento, demonstravam menor morbilidade materna, fetal e neonatal, assim como, originavam maior satisfação, por parte das mulheres.

### **Benefícios da Preparação para o Nascimento**

De acordo com alguns estudos, a Preparação para o Nascimento traz inúmeros benefícios, incluindo atualização das mães e da responsabilidade pela sua própria saúde, exercício físico, nutrição e apoio dos profissionais de saúde (Koehn, 2002), transmissão de uma visão mais positiva acerca da experiência do parto (McCourt et al. 1998), promoção da partilha com outras grávidas, diminuindo o *stress* e a ansiedade (Pascali-Bonero, 2003), diminuição dos problemas de saúde específicos da gravidez (Waldeström et. al, 1997), promoção do prolongamento da gravidez e o aumento do peso do bebé à nascença, diminuindo a morbilidade e mortalidade infantil (Silveira & Santos, 2004), promoção de hábitos de vida saudável, deteção e/ou redução de possíveis problemas, associados com reencaminhamento para profissionais de saúde especializados (Renkert et al. 2006).

### **Dados estatísticos referentes a Portugal**

Em 2001, foram implementados, em Portugal, programas especializados de intervenção na Saúde Materno Infantil que tinham como objetivo a melhoria dos cuidados antes da conceção, no decorrer da gravidez, no parto e após o nascimento, diminuir a morbilidade e mortalidade da mulher, do feto, do recém-nascido e dos bebés (Direção Geral de Saúde, 2001). Sendo que, nos dias de hoje, Portugal é um dos países com a menor taxa de mortalidade neonatal. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2004), durante a gravidez a percentagem de mulheres que realiza pelo menos uma consulta durante a gravidez é de 98%, sendo que, aproximadamente, 80% inicia as suas consultas de vigilância da gravidez antes das 16 semanas de gestação. No entanto, não me foi possível encontrar dados sobre a percentagem de mulheres que procura realizar Preparação para o Nascimento, no decorrer da gravidez. É também possível observar, através dos dados da Direção Geral de Saúde, a existência de segmentos da população com prestação de cuidados de saúde desadequados, quer no decorrer da gravidez quer após o parto, como é o caso, essencialmente, de mulheres com baixa escolaridade e baixo poder económico.



De acordo com o Censo de 2011, citado por Amaral, J. (2011) verificou-se, em Portugal, a terceira taxa de nascimento mais baixa da União Europeia, 99 491 nascimentos, ou seja 9,4 nascimentos por cada 1 000 habitantes, sendo um valor histórico: taxa de nascimento mais baixa desde que há registos. Foi também apurado que, em Portugal, em média, as mulheres têm agora aproximadamente 1,3 filhos e que o primeiro filho nasce cada vez mais tarde, em média, aos 28,8 anos de idade. Com este abrandamento do crescimento populacional, e a tendência para o envelhecimento demográfico, o único fator que permitiu o aumento do crescimento populacional foi a imigração. Neste contexto, as entidades competentes devem promover projetos ao nível da Saúde Materno Infantil, de modo a estimular o crescimento populacional.

### **Temas a abordar nas classes de Preparação para o Nascimento**

Apesar das “guidelines” e padrões de prática existentes, não me foi possível encontrar um modelo pré-definido das classes e dos temas a abordar, no decorrer destas atividades. A “Scope of practice” da International Organization of Physical Therapists in Women’s Health (2005) refere que o fisioterapeuta deve considerar as necessidades individuais dos utentes, utilizando o ensino com o propósito de aumentar a perceção e o entendimento dos problemas relacionados com a Saúde da Mulher e possibilidades de resolução, elucidando, também, sobre o papel dos fisioterapeutas na manutenção e otimização da Saúde da Mulher, em todas as etapas da vida.

De acordo com Enkin, M. et al. (2000) as classes de Preparação para o Nascimento devem incluir as seguintes temáticas:

- A relação entre sintomas associados à gravidez, os mecanismos que os originam, e a forma de os aliviar;
- As alterações emocionais da gravidez;
- Sexualidade durante a gravidez e após o parto;
- Explicitação da terminologia utilizada pelos profissionais de saúde;
- Exames médicos a serem realizados;
- Medicação;
- Informação sobre como lidar com a dor e com o “stress” do parto;
- Relaxamento;
- Respiração nos vários momentos do parto;
- Ensino de técnicas de conforto durante a gravidez e o parto;

- Discussão sobre o alívio da dor através do recurso, ou não, à medicação;
- Ensinar a modificar atitudes.

A metodologia a adotar deve permitir a discussão entre participantes de forma a que ocorra troca de experiências e de informação.

Tendo como referência a “Guideline” Clínica criada pelo National Collaborating Center for Women’s and Children’s Health, do Reino Unido, consideram-se as recomendações sobre a informação a ser ministrada e a altura mais indicada para o fazer, no decurso da gravidez. Assim, e considerando estas recomendações, num primeiro contacto com a utente, o profissional de saúde deve referir:

- A importância de ingerir o suplemento de ácido fólico;
- O tratamento dos alimentos de forma a diminuir a aquisição de possíveis infeções;
- Conselhos sobre o estilo de vida, incluindo hábito tabágico e as implicações do consumo de drogas e álcool, no decorrer da gravidez;
- Acompanhamento da gravidez: análises e exames a serem realizados, pela grávida; testes possíveis de serem realizados ao feto; riscos e benefícios da realização dos diversos testes.

Na consulta da Obstetrícia (o mais perto possível das 10 semanas) a informação ou assuntos a abordar são referentes a:

- Desenvolvimento do bebé no decorrer da gravidez;
- Nutrição e dieta;
- Exercício (incluindo exercícios do Pavimento Pélvico);
- Indicação dos possíveis locais de nascimento do bebé;
- Cuidados pré-natais;
- Amamentação;
- Classes de Preparação para o Nascimento;
- Exames e análises a serem realizados;
- Discussão sobre a saúde mental.

Antes das trinta e seis semanas de gestação, devem ser abordadas as seguintes temáticas, com os pais:

- Amamentação, técnica e boas práticas que ajudam as mães a serem bem sucedidas;

- Preparação para o Nascimento, incluindo informação sobre como lidar com a dor no decorrer do parto, e plano de parto;
- Como saber que se está em trabalho de parto ativo;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Testes a realizar ao recém-nascido;
- Cuidados pós-natais;
- Alerta para a depressão para o parto e “baby blues”.

Verificam-se diferenças entre o Sistema de Saúde do Reino Unido, em que a grávida é acompanhada durante toda a gravidez por uma enfermeiras parteiras que transmitem as informações referidas nesta “Guideline” Clínica, e o Sistema de Saúde Português, em que o acompanhamento básico da gravidez é feito pelo Médico de Família e/ou médico Obstetra, existindo, ainda, a opção da grávida realizar sessões de Preparação para o Nascimento, sendo nestas sessões que a maioria desta informação é transmitida.

Desta forma, no decorrer das sessões de Preparação para o Nascimento, no Hospital São Francisco Xavier, foi utilizado um modelo pré-existente no hospital, constituído por oito sessões, uma por semana. As sessões estão organizadas da seguinte forma:

1.<sup>a</sup> sessão:

- Apresentação do fisioterapeuta;
- Apresentação da organização das sessões de Preparação para o Nascimento e indicação do local de realização do curso;
- Avaliação, em grupo, das grávidas;
- Estratégias para alívio de sintomas;
- Indicações referentes a contrações do Périneo.

2.<sup>a</sup> sessão:

- Sinais de alerta;
- Posições de alívio da dor;
- Massagem.

3.<sup>a</sup> sessão:

- Sinais de parto;
- O que fazer quando se entra em trabalho de parto;
- Quando ir para a maternidade;
- Respiração no decurso das contrações.

4.<sup>a</sup> sessão:

- Fases do trabalho de parto;
- Rotinas dos hospitais;
- Tipos de parto;
- Posições e respirações na altura da expulsão.

5.<sup>a</sup> sessão:

- Fisiologia da amamentação;
- Benefícios da amamentação;
- Alterações no decorrer da amamentação;
- Posições na amamentação.

6.<sup>a</sup> sessão

- Cuidados básicos com o bebé (banho, muda de fraldas, cordão umbilical, roupa...)

7.<sup>a</sup> sessão

- Cuidados com a puérpera;
- Cuidados imediatos após o parto;
- Cuidados em casa.

8.<sup>a</sup> sessão (sessão de país)

- O papel do pai;
- A importância da ajuda do pai;
- Relação pai-mãe-bebé;
- Alterações psicológicas e emocionais em ambos os pais;
- Revisão.

Apesar das classes estarem estruturadas desta forma, não significa que os conteúdos sejam abordados de forma rígida. Sublinha-se, igualmente, que caso existam dúvidas por parte dos utentes, sobre estas ou outras temáticas, existe flexibilidade em alterar a sequência ou o conteúdo das classes, de forma a esclarecer as utentes.

O National Collaborating Center for Women's and Children's Health (2008) recomenda que o número de sessões a serem realizadas seja de dez, para primíparas, e de sete, para múltiparas. Contudo, os grupos de Preparação para o Nascimento, no Hospital São Francisco Xavier, são heterogéneos, integrando primíparas e múltiparas, não se realizando qualquer distinção. O total de classes, a realizar, é de oito sendo a oitava uma sessão mais centrada nos pais.

Para prestar suporte total e adequado aos futuros pais é necessário compreender quais as alterações que podem ocorrer durante a gravidez (Apêndice I), quais os sintomas que podem aparecer no decorrer da gravidez e o que podem significar (Apêndice II) e quais as complicações mais comuns de ocorrerem na gravidez (Apêndice III).

### 3. Descrição do caso

O caso clínico aqui apresentado diz respeito a uma classe de Preparação para o Nascimento que decorreu no Hospital São Francisco Xavier.

Esta classe era inicialmente constituída por dez grávidas entre as 28 e 32 semanas de gestação (Ver Tabela I).

As utentes foram enviadas/reencaminhadas para as classes de Preparação para o Nascimento pelo seu médico obstetra/de família. Antes do início das sessões, cada uma das utentes foi avaliada individualmente pelo serviços de Fisiatria não existindo qualquer avaliação física por parte da Fisioterapia. A única avaliação realizada pela Fisioterapia foi através do exame subjetivo realizado na primeira sessão do curso de Preparação para o Nascimento, em que foram colocadas questões individuais num contexto de grupo, e das reavaliações realizadas em todas as sessões relativas aos sintomas referidos pelas utentes na sessão anterior. Considero de extrema importância a alteração deste método de avaliação devendo, na minha opinião, ser incluída uma avaliação física, também por parte da Fisioterapia, de forma a possibilitar uma melhor prestação de cuidados de saúde a cada uma das utentes.

No decorrer do exame subjetivo foram recolhidas diversas informações que nos permitem caracterizar o grupo presente:

- A idade das grávidas variava entre os 15 e 40 anos de idade (Ver Tabela I).

Utentes	Semanas de gestação	Idade	Morada
Utente A	31	37	Lisboa
Utente B	31	15	Alcântara
Utente C	32	35	Algés
Utente D	31	40	Casal de Cambra
Utente E	28	30	Lisboa
Utente F	30	29	Lisboa
Utente G	29	35	Lisboa
Utente H	30	31	Carnide
Utente I	31	39	Benfica
Utente J	30	31	Alcântara

Tabela I – dados das semanas de gestação, idade e morada das grávidas obtida na 1.<sup>a</sup> sessão

- Uma das utentes era estudante enquanto todas as outras se encontravam empregadas, sendo que três das utentes se encontravam (no momento do exame subjetivo – 1.<sup>a</sup> sessão) de baixa (Ver Tabela II). As outras sete utentes mantinham o seu ritmo normal de trabalho, não tendo havido alterações devidas à gravidez.

As profissões, posições adotadas durante o horário de trabalho e situação atual das grávidas eram bastante variadas (Ver Tabela II).

Utentes	Profissão	Postura no decorrer da atividade profissional	Situação atual
Utente A	Enfermeira	Variada	A trabalhar
Utente B	Estudante	Sentada	A trabalhar
Utente C	Engenheira do Ambiente	Variada	A trabalhar
Utente D	Auxiliar de ação médica	Pé	A trabalhar
Utente E	Médica	Pé	A trabalhar
Utente F	Técnica de Finanças	Sentada	De baixa
Utente G	Organizadora de eventos	Pé	De baixa
Utente H	Professora e Violinista Profissional	Sentada	A trabalhar
Utente I	Assistente de laboratório	Sentada	De baixa
Utente J	Bailarina Profissional	Pé	A trabalhar

Tabela II – dados das profissões e posturas adotadas e situação atual das grávidas

- Nove das utentes eram primíparas e apenas uma era múltipara tendo a gestação ocorrida em 2006 (Ver Tabela III). No entanto quatro das utentes apresentavam histórias de aborto sem complicações associadas (Ver Tabela IV).

Utentes	Paridade	Quando
Utente A	0	-
Utente B	0	-
Utente C	0	-
Utente D	1	2006
Utente E	0	-
Utente F	0	-
Utente G	0	-
Utente H	0	-
Utente I	0	-
Utente J	0	-

Tabela III – dados da paridade das utentes

Utentes	Abortos	Quando?
Utente A	2	2005 e novembro 2010
Utente B	0	-
Utente C	1	setembro 2010
Utente D	0	-
Utente E	0	-
Utente F	1	fevereiro 2011
Utente G	0	-
Utente H	0	-
Utente I	1	novembro 2008
Utente J	0	-

Tabela IV – dados dos abortos das utentes

- Todas as utentes demonstraram aumento de peso sendo que o peso médio ganho foi de 8,1 Kg. O máximo de peso ganho foi de 17 Kg e o mínimo de 5 Kg (Ver Tabela V). Atualmente os protocolos definem que as grávidas devem ganhar entre 9 a 12 Kg, no entanto, este protocolos não são rígidos pelo que mulheres com baixo peso antes da gravidez podem aumentar mais do que o recomendado. Por outro lado um aumento de peso menor a 9 quilos não é também muito desejável pois pode ser sinal de problemas de desenvolvimento fetal (Campos, D. et al. 2008).

Utentes	Peso anterior à gravidez (Kg)	Peso atual (kg)	Peso ganho (Kg)
Utente A	58	67,5	9,5
Utente B	54	60	6
Utente C	53	61	8
Utente D	63	70	7
Utente E	72	77	5
Utente F	50	67	17
Utente G	60	65	5
Utente H	59	68	9
Utente I	52	57,5	5,5
Utente J	53	62	9

Tabela V – dados do peso ganho pelas utentes



- Relativamente a hábito tabágico, este estava presente em duas grávidas. Uma das grávidas referiu ter diminuído a quantidade de tabaco consumido, por dia, para um cigarro e a outra grávida admitiu fumar até saber que estava grávida, tendo parado o consumo de tabaco nesta altura. (Ver Tabela VI).
- Não estava presente qualquer hábito alcoólico, neste grupo (Ver Tabela VI);

<b>Utentes</b>	<b>Hábito tabágico</b>	<b>Hábito alcoólico</b>
<b>Utente A</b>	Não	Não
<b>Utente B</b>	Não	Não
<b>Utente C</b>	Sim	Não
<b>Utente D</b>	Não	Não
<b>Utente E</b>	Não	Não
<b>Utente F</b>	Sim (diminuiu)	Não
<b>Utente G</b>	Não	Não
<b>Utente H</b>	Não (parou)	Não
<b>Utente I</b>	Não	Não
<b>Utente J</b>	Não	Não

Tabela VI – dados do hábito tabágico e alcoólico das utentes

- Sete das grávidas admitiram realizar exercício, sendo que a atividade física mais comumente realizada são caminhadas (Ver Tabela VII).
- Quatro das grávidas referiram utilizar cinta. Duas das utentes utilizam cinta enquanto realizam a atividade profissional devido a aconselhamento médico (Ver Tabela VII).

Utentes	Realização de exercícios	Quais?	Utilização de cinta
Utente A	Sim	Caminhadas/Hidroginástica	Sim
Utente B	Não	-	Não
Utente C	Sim	Ginásio - parou	Sim
Utente D	Sim	Caminhadas	Não
Utente E	Sim	Caminhadas	Sim
Utente F	Não	-	Não
Utente G	Não	-	Não
Utente H	Sim	Yoga	Não
Utente I	Sim	Caminhadas	Sim
Utente J	Sim	Caminhadas	Não

Tabela VII – dados da realização de exercício e da utilização de cinta

- Todas as utentes tomavam medicação. A medicação mais comum é o Folifer (tomado por todas as utentes desta classe) que é um suplemento de Ferro. Este medicamento é prescrito às grávidas de forma a prevenir o aparecimento de anemia nas mães.

Três das utentes tomavam também Magnésio para diminuir as câibras musculares.

Uma utente tomava Omeprazol que é um medicamento receitado durante a gravidez para diminuir a produção de ácido do estômago e, consequentemente, o refluxo.

O ácido fólico é outro medicamento normalmente receitado a todas as mulheres, na gravidez (devendo ser iniciado antes desta). É um suplemento vitamínico com o objetivo de diminuir a probabilidade de haver malformações do Tubo Neural no feto, como a Espinha Bífida. No entanto, apenas uma das utentes referiu tomar esta medicação.

Uma utente tomava também Aspegic 100 devido ao facto de se encontrar internada, em repouso absoluto, de forma a melhorar a circulação sanguínea. A mesma utente encontrava-se, nesse momento, a tomar antibiótico devido a uma infeção urinária.

Foi também referido por uma utente a ingestão de Neurobion que é um suplemento vitamínico de B12 e cálcio.

O resumo da medicação tomada encontra-se na Tabela VIII.

<b>Utentes</b>	<b>Medicação</b>
<b>Utente A</b>	Folifer
<b>Utente B</b>	Folifer
<b>Utente C</b>	Folifer; Centrum Materno
<b>Utente D</b>	Folifer; Magnésio
<b>Utente E</b>	Folifer
<b>Utente F</b>	Omeprazol; Magnésio; Folifer
<b>Utente G</b>	Ácido Fólico; Folifer; Aspegic 100; antibiótico
<b>Utente H</b>	Folifer; MagnesioCARD
<b>Utente I</b>	Folifer; Neurobion
<b>Utente J</b>	Folifer

Tabela VIII – Resumo da medicação tomada pelas utentes

- No exame subjetivo foram também apurados sintomas que as utentes apresentavam naquele momento. Os sintomas encontram-se resumidos nas Tabelas IX, X e XI. Os sintomas referidos pelas utentes foram variados, existindo, no entanto, três grávidas que não referiram qualquer sintoma (utente B, E e G).

<b>Utentes</b>	<b>Dores lombares</b>	<b>Dor na zona torácica</b>	<b>Peso/dor baixo-ventre</b>	<b>Palpitações</b>
<b>Utente A</b>	x			
<b>Utente B</b>				
<b>Utente C</b>				
<b>Utente D</b>	x			
<b>Utente E</b>				
<b>Utente F</b>	x		x	
<b>Utente G</b>				
<b>Utente H</b>				
<b>Utente I</b>		x		x
<b>Utente J</b>				

Tabela IX – Sintomas I

Utentes	Cãibras	Insónias	Azia
Utente A			x
Utente B			
Utente C			
Utente D			
Utente E			
Utente F			
Utente G			
Utente H	x		
Utente I			
Utente J		x	x

Tabela X – Sintomas II

Utentes	Contrações dolorosas	Contrações não dolorosas
Utente A		
Utente B		
Utente C		X
Utente D	x	
Utente E		
Utente F	x - melhora com descanso	
Utente G		
Utente H		
Utente I		
Utente J		

Tabela XI - Sintomas III

- Quatro utentes possuíam patologias associadas, ou não, sendo que todas se encontravam vigiadas. No caso da utente E, a medicação foi alterada assim que a utente teve conhecimento de que estava grávida. À utente F foi-lhe prescrito antibiótico de forma a tratar a infeção. A utente I sofreu episódios de palpitações estando a ser vigiada pelo hospital. Por outro lado, a utente J com a patologia HLAB27 (patologia reumática) também se encontrava a ser vigiada pelo médico de família. A tabela XII apresenta, de uma forma esquemática, as patologias presentes.

Utentes	Patologias Presentes
Utente A	
Utente B	
Utente C	
Utente D	
Utente E	Hipotireoidismo
Utente F	infecção urinária
Utente G	
Utente H	
Utente I	Palpitações
Utente J	HLAB27

Tabela XII – Patologias presentes

Outra informação de extrema importância é o facto de a utente F, G e I se encontrarem de baixa.

A utente I iniciou a baixa no dia 3 de janeiro (dia da primeira sessão), devido a palpitações.

A utente F encontrava-se internada no hospital aquando do início das sessões, encontrando-se em repouso absoluto, no entanto, foi dada permissão por parte da equipa médica para a utente se deslocar ao Serviço de Medicina Física de Reabilitação para participar nas sessões. O seu internamento deveu-se ao baixo peso do feto e ao atraso do seu desenvolvimento.

A utente G, por outro lado, encontrava-se em repouso relativo, em casa, devido a contrações dolorosas, rítmicas e intensas, desde as 20 semanas de gestação, tendo também permissão para se deslocar ao hospital de forma a assistir às sessões.

No decorrer do exame subjetivo foram, também, questionadas as expectativas das utentes face às classes de Preparação para o Nascimento e da Fisioterapia. A tabela XIII demonstra as expectativas de cada uma das utentes.

Utentes	Expectativas
Utente A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender a respirar durante o parto;</li> <li>• Postura no parto.</li> </ul>
Utente B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar-se para o parto.</li> </ul>
Utente C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar experiências;</li> <li>• Esclarecer dúvidas.</li> </ul>
Utente D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não sabe o que esperar.</li> </ul>
Utente E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvir outras experiências.</li> </ul>
Utente F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar-se para o parto;</li> <li>• Aprender a diminuir o desconforto;</li> <li>• Preparar-se para os primeiros dias de vida do bebé.</li> </ul>
Utente G	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender estratégias para lidar com o bebé nos primeiros dias de vida do bebé;</li> <li>• Conhecer outras grávidas e as suas experiências.</li> </ul>
Utente H	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactar com outras grávidas.</li> </ul>
Utente I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar-se para o momento do nascimento.</li> </ul>
Utente J	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender aspetos relacionados com o parto;</li> <li>• Pai: aprender tudo para o dia “D” e para os primeiros dias de vida do bebé.</li> </ul>

Tabela XIII - expectativas das utentes

Como é possível observar uma boa percentagem das utentes pretendia conhecer e trocar novas experiências com outras pessoas, tal como preparar-se para o parto e para os primeiros dias de vida do bebé.

### Exame, Diagnóstico e Prognóstico

Como já referido anteriormente, não foi realizado por parte da Fisioterapia qualquer avaliação objetiva dos utentes, seja individualmente ou em grupo, à exceção da avaliação subjetiva realizada na primeira sessão.

Relativamente às contrações, estas foram avaliadas através de entrevista, tendo sido pedida uma descrição do que sentiram para confirmar a existência de contrações. Foram, posteriormente, colocadas questões para conseguir definir a intensidade e frequência das contrações sentidas. As questões colocadas foram:

- Sentiu dor?
- Com que frequência tem contrações?
- Quanto tempo dura cada contração?
- Qual a intensidade da contração? Escala Visual Análoga

- Antes de sentir a contração realizou alguma atividade? Qual a intensidade dessa atividade?

Desta forma foi possível caracterizar as contrações sentidas pelas utentes. No caso da utente D, as contrações sentidas eram dolorosas e ocorreram durante a realização da atividade profissional (auxiliar de ação médica) e cessaram em repouso. No caso desta utente, as contrações ocorreram apenas uma vez, sendo que a utente não sabia dizer quanto tempo estas duraram.

A utente C referiu também contrações não existindo, no entanto dor associada. Sendo consideradas, portanto, contrações de Braxton Hicks.

No caso da utente F, as contrações uterinas eram muito frequentes, dolorosas e intensas, tendo sido aconselhada a colocar baixa no emprego e a ficar de repouso relativo em casa, podendo, a utente, deslocar-se à casa de banho, cozinhar e deslocar-se ao Hospital São Francisco Xavier para assistir às classes de Preparação para o Nascimento. De acordo com a utente as suas contrações surgiam quando esta realizava atividades de pequena/média intensidade e diminuíam com o descanso, podendo, no entanto, durar mais de meia hora após parar a atividade. A intensidade das contrações era, normalmente, de 5/6 na Escala Visual Análoga.

Outra forma possível para avaliar a frequência das contrações e a sua duração seria através da utilização de um CTG que, no entanto, não faz parte das competências dos fisioterapeutas. Este instrumento não permite, contudo, avaliar a intensidade das contrações, tendo este dado de ser obtido através de questões colocadas à utente.

Para além dos fatores/sintomas físicos das utentes, seria também importante a avaliação de alguns fatores psicológicos como a ansiedade. Para tal, poderiam ser utilizadas algumas escalas de avaliação da ansiedade na gravidez, como:

- IDATE – é um questionário de autopreenchimento composto por duas escalas distintas. Consiste em 20 afirmações a que cada utente teria de responder, tendo em consideração a intensidade da ansiedade naquele momento (escala IDATE – Estado) e a frequência com que ocorrem (IDADE – Traço) através de uma escala de 1 a 4. Os resultados variam entre 20 e 80, quanto mais elevado o resultado maior o nível de ansiedade.
- Beck Anxiety Inventory – é uma escala composta por 21 itens que descrevem sintomas comuns da ansiedade. As utentes teriam de responder a cada questão, tendo em consideração o quanto os sintomas as incomodou na

semana anterior, respondendo de 0 (nada) a 3 (severamente). Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa.

- EVA – Escala Visual Análoga – que consiste numa linha de 10 cm de comprimento em que as utentes deveriam marcar a linha com a intensidade da sua ansiedade, estando a escala marcada numa extremidade como nada ansiosa e na outra extremidade extremamente ansiosa. Para obter o resultado, o profissional de saúde deve medir a distância entre o início da linha (nada ansiosa) até ao local marcado pela utente. A utilização desta é indicada pela Circular Normativa nº9 de 2003 da Direção Geral de Saúde.
- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory – State Scale (STAI) – é uma escala que consiste em 20 itens de autopreenchimento, que avalia a ansiedade do momento e a sua frequência. Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa.

Em caso de necessidade, poderiam ser, também, utilizadas escalas de avaliação da depressão, não existindo escalas específicas para a gravidez.

- Inventário da depressão de Beck II (BDI) – consta de um questionário de 21 itens de autopreenchimento numa escala de quatro pontos, de 0 a 3, em que 0 corresponde a ausência de depressão e quanto mais elevado o resultado maior a severidade da depressão. Este inventário encontra-se validado para a população portuguesa (Campo, R. e Gonçalves, B. 2011).
- Escala de depressão de Hamilton – A escala de Hamilton é constituída por 21 itens a que são respondidas com um *score* de 0 a 3, sendo que o = significa ausência de depressão e quanto mais elevado o resultado maior a severidade da depressão. Atualmente considera-se que resultados com um *score* maior de 25 pontos caracterizam pacientes com depressão.

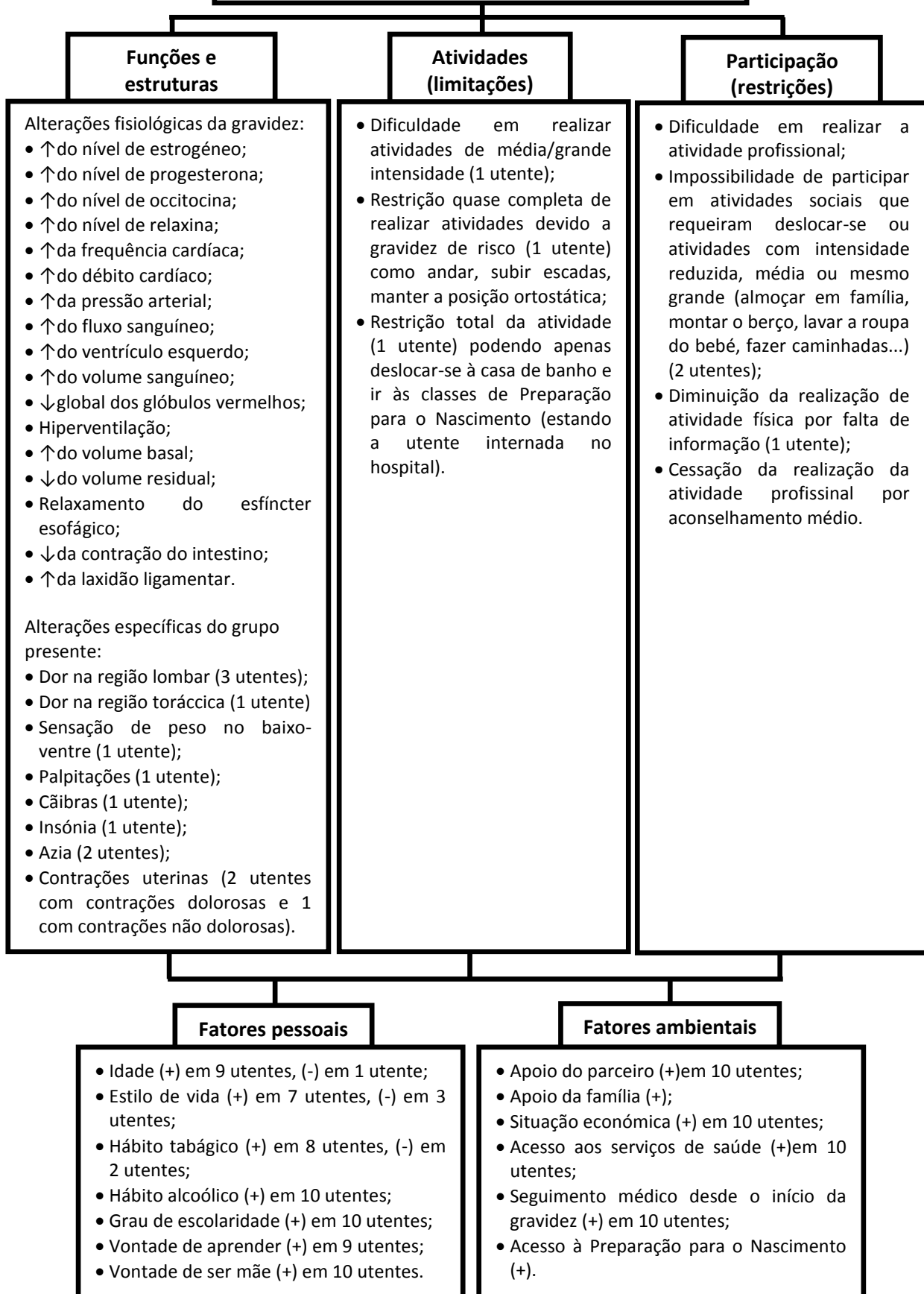
Poderia também ter sido utilizada, previamente, uma escala para avaliar os fatores psicossociais para a depressão após o parto através do “Pregnancy Risk Questionnaire” ou o “Postpartum Depression Predictors Inventory”. O “Pregnancy Risk Questionnaire” é uma escala de 18 itens relativos aos fatores de risco psicossociais para a depressão no Pós-Parto. O “Postpartum Depression Predictors Inventory” é uma *checklist* que, também, pretende averiguar os fatores de risco psicossociais para a depressão, existentes em cada utente, deve de ser preenchida em todos os trimestres da gravidez (Camacho, R. et al. 2006).



De forma a determinar as alterações existentes no grupo, foram inseridos os dados no esquema da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Os CIF individuais de cada uma das utentes encontram-se apresentados nos Apêndices do IV ao XIII.

CIF

**Classe de Preparação para o Nascimento constituída por 10 grávidas, entre as 28 e 32 semanas de gestação**



(+) fatores positivos (-) fatores negativos

Perante o grupo de grávidas inerentes ao nosso estudo de caso, estabeleceu-se quais os problemas existentes (problemas reais e potenciais) de forma a, posteriormente, definir qual o diagnóstico e prognóstico da classe e ajustar a intervenção a realizar, tendo em consideração as utentes incluídas na classe.

### Problemas reais

Relativos à alteração da estrutura e função:

- a) Dor ao nível da região lombar, devida a alterações anatómicas normais da gravidez e à manutenção de posições incorretas, por períodos prolongados, em três utentes, o que limita a realização de algumas atividades do dia-a-dia e dificulta a manutenção da posição ortostática, por períodos superiores a uma hora;
- b) Dor ao nível da região diafragmática (região externa junto à Grelha Costal), por possível posição desfavorável do feto, o que causa desconforto à grávida aquando da aquisição da posição sentada;
- c) Sensação de peso no baixo-ventre devido ao aumento da pressão e peso aplicado na região sintomática. Esta sensação aparece quando a grávida se mantém na posição ortostática, por períodos superiores a uma hora;
- d) Palpitações cardíacas súbitas, não tendo sido relacionadas com nenhuma atividade realizada. Este sintoma pode estar ligado ao esforço extra, realizado pelo coração, no decorrer da gravidez;
- e) Cãibras de grande intensidade nos Membros Inferiores (Músculos Gêmeos), durante a noite;
- f) Insónias recorrentes, numa utente que ainda se encontra a trabalhar;
- g) Sensação de azia, por parte de duas utentes, algumas vezes acompanhada por refluxo, devido ao relaxamento do Esfíncter Esofágico.
- h) Contrações uterinas com dor, ocorridas em duas utentes. Uma das quais se encontra de baixa, devido a gravidez de risco por ter experienciado diversas vezes contrações dolorosas, frequentes e de grande intensidade tendo a outra grávida experienciado contrações uterinas dolorosas, apenas uma vez no decorrer da atividade profissional. Em ambos os casos, as contrações diminuíram ou cessaram com o repouso.
- i) Baixo percentil do feto, não sendo possível determinar, pela equipa médica, a causa do seu baixo percentil.

Relativos às limitações da atividade:

- j) Dificuldades em realizar atividades de pequena/média intensidade, devido ao aparecimento de sintomas como dores na região lombar, sensação de peso no baixo-ventre e contrações dolorosas;
- k) Dificuldade em manter a posição ortostática, durante períodos superiores a uma hora, devido ao aparecimento de sintomas como dores na região lombar, sensação de peso no baixo-ventre e contrações dolorosas;
- l) Limitação na realização de atividades do dia-a-dia como andar, subir escadas, manter a posição ortostática durante longos períodos, devido a gravidez de risco (de uma utente), podendo a utente em questão andar por casa, cozinhar, ir à casa de banho e deslocar de casa ao hospital para participar nas sessões de Preparação para o Nascimento;
- m) Limitação total da atividade, devido a baixo percentil do feto e a internamento, podendo apenas sair da cama para ir à casa de banho e assistir às classes de Preparação para o Nascimento.

Relativos à restrição da participação:

- n) Dificuldade em realizar a atividade profissional, devido ao aparecimento de sintomas como dores na região lombar, sensação de peso no baixo-ventre e contrações dolorosas;
- o) Impossibilidade de participar em atividades sociais que requeiram deslocação ou atividades com intensidade reduzida, média ou grande (almoçar em família, montar o berço, lavar a roupa do bebé, fazer caminhadas...), devido a gravidez de risco e baixo percentil do feto que levaram a repouso quase absoluto, e mesmo absoluto, de duas utentes;
- p) Diminuição da realização de atividade física por falta de informação relativamente aos seus efeitos na gravidez e de existir, ou não, alguma contra-indicação para a prática de desporto;
- q) Cessação da realização da atividade profissional, devido a aconselhamento médico.

Problemas Potenciais

- a) Limitação total da realização das actividades da vida diária, devido a complicações associadas ou a agravamento dos sintomas;

- b) Restrição da participação social, devido a dor intensa na região lombar;
- c) Restrição da participação social, devido ao aumento do desconforto na região do baixo-ventre;
- d) Manutenção de posturas incorretas, como mecanismo de defesa da dor, que, a longo prazo, pode originar dor noutras regiões previamente assintomáticas;
- e) Dificuldades respiratórias, devido a dor na região diafragmática;
- f) As palpitações podem ser indicativas de patologia cardíaca associada (sobretudo de arritmias);
- g) Aumento do nível da ansiedade materna, devido aos problemas associados;
- h) Aumento do nível da ansiedade materna, devido à falta de descanso;
- i) Aumento do nível de cansaço, devido a dificuldades em dormir;
- j) Aumento da predisposição para desenvolver patologias mentais, devido a privação de sono;
- k) A privação de sono pode também levar a acidentes sérios e potencialmente fatais;
- l) A azia, associada a refluxo, causar úlceras no Esófago, diminuição do seu diâmetro devido à cicatrização das úlceras e alteração a nível da Mucosa Esofágica, o que pode levar ao desenvolvimento de cancro;
- m) As contrações uterinas prematuras podem levar ao nascimento prematuro do feto o que pode originar problemas a nível do sistema respiratória, neurológico, cardíaco e problemas intestinais, podendo levar mesmo à morte do bebé;
- n) O baixo percentil do feto pode causar problemas no seu desenvolvimento e parto prematuro, podendo originar problemas a nível do sistema respiratória, neurológico, cardíaco e problemas intestinais, podendo levar mesmo à morte do bebé;
- o) Necessidade de parar a atividade profissional de forma antecipada devido a dor, complicações da saúde (problemas associados) ou parto prematuro.

Nesta classe, é possível observar diversos fatores de suporte das utentes e também fatores facilitadores, permitindo ultrapassar rápida e facilmente os momentos de maior ansiedade, típicos desta etapa da vida:

- Apoio do parceiro;
- Suporte familiar alargado (na maioria das utentes);

- Vontade de ser Mãe;
- Vontade de aprender.

### Diagnóstico

Através da realização do CIF, e do levantamento de problemas reais e potenciais, foi definido um Diagnóstico em Fisioterapia Geral para este grupo de mulheres grávidas:

Limitação da capacidade de realizar atividades de média e grande intensidade, tal como, manter a posição ortostática durante períodos prolongados de tempo e de realizar a sua atividade profissional, devido a sintomas diversificados (como dor, sensação de peso na barriga, contrações...) relacionados com a gravidez e limitações dos conhecimentos de diversas temáticas, também, relacionadas com a gravidez, parto, Pós-Parto e com o bebé.

Em Apêndice (do XIV ao XXIII), encontra-se, também, o diagnóstico específico para cada uma das utentes.

### Prognóstico

Na elaboração do prognóstico foi, também, tido em consideração o CIF, o levantamento de problemas e o diagnóstico, definindo-o do seguinte modo:

Restabelecimento total da capacidade de realizar todas as atividades e de participar em eventos sociais e profissionais, no espaço de oito a dez semanas, diminuição da sintomatologia das utentes, tal como o aumento geral do nível de conhecimento de temáticas relacionadas com a gravidez, parto, Pós-Parto e com o bebé.

Em Apêndice (do XIV ao XXIII), encontra-se, também, o prognóstico específico para cada uma das utentes.

### Objetivo da intervenção

Tendo em consideração o CIF, o levantamento de problemas, o diagnóstico e o prognóstico foram definidos objetivos de curto e longo prazo.

#### Objetivos de Curto Prazo:

##### 1.ª semana

- Diminuir a sintomatologia, de cada uma das utentes, através do ensino de estratégias de alívio dos sintomas apresentados por cada uma das utentes;

- Identificar a importância das contrações dos músculos do Pavimento Pélvico (Elevador do Ânus, Transverso Profundo do Períneo, Coccígeo, Músculo Ísquio-Cavernoso, Músculo Bulbo-Esponjoso e Esfíncter Anal)
- Identificar e realizar corretamente a contração dos músculos do Pavimento Pélvico;
- Alívio dos sintomas relacionados com a gravidez através da aplicação de estratégias de alívio.

#### 2.<sup>a</sup> semana

- Identificar os sinais de alerta existentes no decorrer da gravidez através do seu reconhecimento;
- Identificar as posições e movimentos de alívio da dor, no decorrer das contrações e do parto;
- Realizar e aprender a massagem nas costas, como estratégia de alívio da dor, no decorrer das contrações e do parto.

#### 3.<sup>a</sup> semana

- Identificar os sinais de parto, e aprender a atuar em concordância com estes;
- Saber qual o momento indicado para ir para a maternidade, tendo em consideração o seu sinal de parto;
- Saber o que levar para a maternidade para a altura do parto e após este, tendo em consideração as rotinas do hospital;
- Saber o que fazer em todas as fases do trabalho de parto;
- Lembrar qual a respiração mais apropriada para realizar no decorrer das contrações.

#### 4.<sup>a</sup> semana

- Identificar as fases de parto;
- Saber quais as rotinas hospitalares do Hospital São Francisco Xavier (hospital em que todas as utentes pretendem ter o bebé), referentes ao parto, através da transmissão de informação e de forma a esclarecer quaisquer dúvidas das futuras mães;

- Reconhecer os métodos farmacológicos de alívio da dor, no decorrer do trabalho de parto;
- Reconhecer os tipos de parto existentes;
- Saber e aplicar a respiração mais correta a realizar no decorrer da expulsão.

#### 5.<sup>a</sup> semana

- Saber quais os benefícios da amamentação;
- Reconhecer a fisiologia inerente à amamentação;
- Saber identificar a pega correta do bebé à mama e saber como corrigi-la;
- Reconhecer as alterações possíveis de ocorrerem durante a amamentação;
- Identificar o tratamento correto das mamas, no decorrer da amamentação;
- Identificar as posições possíveis de adotar, no decorrer da amamentação.

#### 6.<sup>a</sup> semana

- Identificar a forma correta de realizar os cuidados ao bebé, como o banho, a muda de fraldas, a amamentação e reconhecer o desenvolvimento normal deste;
- Saber identificar quais os produtos indicados para cuidar do bebé.

#### 7.<sup>a</sup> semana

- Identificar os cuidados a ter após o parto, no hospital e em casa, relativamente à mãe;
- Relembrar e reforçar a importância da contração dos músculos do Pavimento Pélvico bem como a maneira correta de trabalhar esses músculos;
- Aumentar o conhecimento do papel do pai, no parto e no Pós-Parto, através da transmissão de informação e de forma a esclarecer todas as dúvidas apresentadas pelas futuras mães;
- Conhecer as alterações da relação mãe - pai;
- Conhecer as alterações da relação mãe - bebé;
- Conhecer as alterações da relação pai - bebé;
- Conhecer as alterações da relação mãe – pai - bebé;
- Identificar as alterações psicológicas e emocionais da mãe;



- Identificar as alterações psicológicas e emocionais do pai;
- Preparar o pai para esta nova etapa e esclarecer todas as dúvidas que este possa apresentar (visto esta ser a sessão em que é realmente aconselhada a presença do pai nas sessões de preparação para o nascimento).

#### Objetivos de Longo Prazo:

Desde o sinal de parto até ao parto

- Lidar de forma eficaz e calma com o sinal de parto;

No momento do parto

- Lidar de forma calma e eficaz com o parto;

Após o parto

- Lidar de forma calma e eficaz com os diversos acontecimentos e contratempos, relacionados com o bebé, amamentação, alterações emocionais e psicológicas;
- Restabelecer a capacidade de manter a posição ortostática por períodos prolongados de tempo.
- Restabelecer a capacidade de participar em todas as atividades sociais, quando apropriado para o bebé;
- Restabelecer a capacidade de realizar todas as atividades físicas;
- Diminuir a ansiedade das utentes relativamente aos acontecimentos destas etapas;
- Aumentar a auto-confiança das utentes nos diversos acontecimentos e nas diferentes etapas;
- Aumentar o conhecimento geral de como actuar nas diferentes etapas.

Em Apêndice (do XIV ao XXIII), encontra-se, também, os objetivos de curto e longo prazo específicos para cada uma das utentes.

#### Reavaliação:

Semana 2	Semana 3	Semana 4
<b>Utente A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das dores lombares devido a alterações posturais</li> </ul>	Refere edema dos membros inferiores que melhora durante a noite, foi sugerido elevação dos M.Is. durante a noite, utilização meias elásticas e D.L.M.
<b>Utente B</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem faltado devido a morte de familiar</li> </ul>
<b>Utente C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sente-se cansada mas bem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficou sem suporte familiar, o marido foi trabalhar para fora</li> </ul>	
<b>Utente D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das dores lombares devido a passar mais tempo sentada durante o trabalho</li> <li>• Diminuição das contracções dolorosas devido a passar mais tempo a descansar</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocou baixa devido a contracções dolorosas</li> </ul>
<b>Utente E</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteve constipada actualmente encontra-se bem</li> </ul>
<b>Utente F</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das dores nas costas devido a aquisição de novas posturas alternativas e mais ergonomicas</li> <li>• Melhorou a nível do refluxo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fez ecografia → placenta prévia</li> <li>• Sinais de ansiedade devido a cesarina</li> </ul>
<b>Utente G</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantem-se internada apesar de ansiosa</li> </ul>
<b>Utente H</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere diminuição das câimbras</li> <li>• Aumento do cansaço e alterações do humor</li> </ul>		
<b>Utente I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere cansaço excessivo após arrumar/limpar o quarto do bebé após o que foi aconselhado aumentar o tempo de descanso e diminuir as limpezas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontra-se internada no Hospital dos Lusíadas devido a contracções</li> </ul>
<b>Utente J</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da azia através através da ingestão de miolo de amêndoa</li> <li>• Refere alterações de humor acentuadas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere ter tido um episódio de contracções de média/grande intensidade, que diminuiu com o descanso</li> <li>• Diminuiu a frequência da insónia</li> <li>• A utente refere também sentir crises de ciúmes</li> </ul>

	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
<b>Utente A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere melhoria significativas a nível do edema com utilização das meias elásticas durante o dia e elevação dos M.I. durante a noite.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofreu aborto, por hemorragias intensas</li> </ul>
<b>Utente B</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixou de aparecer, sem justificação</li> </ul>		
<b>Utente C</b>				
<b>Utente D</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vai ter o bebé na próxima semana, parto induzido, cesariana, já não vem na próxima semana</li> </ul>	
<b>Utente E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refere grande cansaço, especialmente após o trabalho</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deixou de realizar bancos pelo que diminuiu o seu nível de cansaço</li> </ul>	
<b>Utente F</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto, nasceu devido a hemorragia (35 semanas de gestação). Cesarina, peso 2,250 kg.</li> <li>• Bebé na neonatologia devido a hemorragia.</li> </ul>		
<b>Utente G</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continua internada na tentativa aumentar a quantidade de líquido amniótico e percentil do bebé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contínua com baixo nível de líquido amniótico, provalvemente será provocado para a semana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foi induzido o parto, bebé na neonatologia por baixo peso 900 gr.</li> </ul>	
<b>Utente H</b>				
<b>Utente I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esteve 3 dias internada no H. Dos Lusíadas, tem indicação para repouso absoluto deixando de poder comparecer às sessões</li> </ul>			
<b>Utente J</b>				

#### 4. Intervenção

No decorrer desta classe, a intervenção realizada teve como base o papel do Fisioterapeuta como Profissional de Saúde especializado no apoio às mulheres grávidas, tendo sido levados em consideração os diversos temas associados a esta etapa da vida, as questões, ansiedades e expectativas das futuras mães mas, também, aos diversos sintomas e problemas que apresentaram.

A intervenção foi realizada através de 8 sessões, com duração, aproximadamente, de duas horas.

Em cada sessão foram reavaliadas as grávidas e transmitidas estratégias para alívio dos sintomas apresentados, fornecida informação relevante relacionada com cada um dos sintomas. Posteriormente foram discutidos um ou mais temas associados com a gravidez, parto, Pós-Parto ou com o bebé e esclarecidas as questões colocadas pelas utentes relativamente aos temas abordados. No final de cada sessão, as grávidas, eram relembradas para realizarem exercícios dos músculos do pavimento pélvico sem sempre reforçada a forma correta de realizar esses exercícios.

A sequência das sessões já se encontravam previamente estabelecidas, não sendo, no entanto, uma organização rígida podendo, em caso de necessidade ou de grande ansiedade por parte das mães relativamente a um tema, ser alterada a ordem com que os temas eram apresentados.

A classe era constituída por 10 utentes com idades compreendidas entre os 15 e os 40 anos, com a gestação compreendida entre as 28 e 31 semanas, e os seus acompanhantes. O facto de o grupo não ser homogéneo relativamente às idades deve-se ao facto da seleção das utentes para cada classe ter em consideração o tempo de gestação e não a idade das utentes. A transmissão dos temas/conhecimentos foi realizada através de uma conversa semi-informal com os futuros pais, onde poderia haver troca de conhecimentos e de experiências entre estes, existindo, sempre que necessário/relevante, demonstrações e prática das atividades existentes. Na transmissão de temas não foi utilizado qualquer material auxiliar (ex: *datashow*), podendo no entanto ser utilizados modelos anatómicos ou esquemas de forma a facilitar a transmissão de informação e a compreensão por parte das utentes.

Este modelo de sessão teve por base o que é referido na literatura, em que é demonstrado que apresentações formais com elevado numero de pessoas aumenta o conhecimento, não sendo, no entanto, propício à partilha de emoções e à aquisição de

capacidades. As emoções são mais facilmente transmitidas quando existe um ambiente que proporciona bem-estar físico e mental e em que as pessoas escutam e partilham as suas preocupações/ansiedades. As atividades são no entanto melhor apreendidas quando são postas em prática e em que existe um acompanhamento individual de cada atividade. Desta forma, compreendemos que nos adultos a melhor forma de transmitir informações é em grupo, sendo que o tamanho deve ser pequeno de forma a permitir um maior acompanhamento de cada adulto por parte do fisioterapeuta (para mais informação sobre a aprendizagem do adulto consultar Apêndice XXIV).

A primeira sessão do curso de Preparação para o Nascimento consistiu essencialmente na avaliação subjetiva individual de cada uma das utentes (entrevista), numa explicação do que consistiam as sessões da Preparação para o Nascimento, de como é que as sessões e o curso estavam organizados, tendo sido, também, realizado um levantamento de quais as expectativas das futuras mães relativamente às sessões.

Nessa sessão foi também realizado um levantamento dos problemas e sintomas apresentados pelas utentes e ensinadas estratégias para aliviar esses mesmos sintomas.

Por último, nesta sessão foi ensinado às mães como realizar as contrações dos músculos do Pavimento Pélvico sendo, igualmente, dada uma breve explicação sobre a importância da realização desses mesmo exercícios. De acordo com a Kari BØ (2000), a realização de três séries de 8 a 12 repetições da contração deste grupo muscular é eficaz no tratamento da Incontinência Urinária, tendo Ko, D. (2010) comprovado, no seu estudo, que a realização destes exercícios durante a gravidez são eficazes para a prevenção da Incontinência Urinária podendo os efeitos do treino persistir após o parto (para mais informação sobre o Pavimento Pélvico consultar Apêndice XXV).

Na segunda sessão foram abordados dois temas distintos. O primeiro tema incidia sobre quais os sintomas de risco que poderiam aparecer no decorrer da gravidez, ou seja, quais os sintomas que poderiam indicar que algo não estava bem, quer com a mãe quer com o bebé. A transmissão dessa informação é de extrema importância por permite à grávida aumentar o seu conhecimento dos sintomas de risco, permitindo-lhe reagir em concordância com estes e em caso de necessidade deslocar-se ao Hospital.

Foram referidos os seguintes sintomas de risco:

- Hemorragia vaginal;
- Edemas generalizados;
- Visão turva e cefaleias intensas;

- Diminuição dos movimentos fetais.

(para mais informação mais específica sobre cada um destes sintomas de risco consultar Apêndice XXVI).

O outro tema a ser abordado na segunda sessão foi os métodos não farmacológicos de alívio da dor, mais especificamente as posições e movimentos de alívio da dor e massagem, a serem aplicados quer no decorrer das contrações (no caso das posições e movimentos e massagem) quer no dia-a-dia (no caso das massagens).

As posições e movimentos de alívio da dor que foram transmitidas às utentes e acompanhantes foram posições que privilegiavam a posição ortostática, os movimentos da bacia e que ajudavam quer no posicionamento do feto quer na dilatação do colo do útero.

Relativamente à massagem, foram ensinadas, às mães e acompanhantes, diversas técnicas para realizar em diversas zonas das costas, sendo referido às utentes que a massagem deveria ser aplicada tendo em consideração as técnicas que estas consideravam mais agradável e relaxante e na zona que mais gostavam, sendo que a pressão a ser aplicada deveria também ter em consideração a pressão mais agradável para a grávida (para mais informação mais específica sobre cada um destes métodos consultar Apêndice XXVII).

Na terceira sessão de Preparação para o Nascimento foi transmitida, aos casais, informação sobre quais os sinais de parto existentes:

- Ruptura das Membranas Amnióticas;
- Contrações rítmicas.

Sendo as utentes também alertadas para o facto de existir um terceiro sinal, sendo este de aviso de que o parto se está a aproximar, a saída do Rolhão Mucoso.

Para aprofundar a temática dos sinais de parto consultar o Apêndice XXVIII.

Juntamente com os sinais de parto foi transmitido às futuras mães que atitudes tomar caso ocorra algum destes sinais e quando ir para a maternidade.

Desta forma, as mães ficaram a ter informação crucial, para que no momento em que estes sintomas ocorrerem, poderem atuar em concordância (para aprofundar a temática da atuação aquando dos sinais de parto consultar o Apêndice XXIX). Também nesta sessão foi transmitida à mulher qual a respiração que esta deve realizar no decorrer das contrações, sendo, posteriormente, demonstrado e praticado pelo grupo.

Na quarta sessão, foi falado sobre o trabalho de parto, os tipos de parto, as rotinas do hospital incluindo a Episiotomia (Apêndice XXX), da posição a adotar no decorrer do parto e da respiração a executar na fase de expulsão.

Relativamente ao trabalho de parto foi explicado às mães que este podia ser dividido em três fases:

- Fase de apagamento do colo do útero
  - Inicia-se aquando da instalação das contrações rítmicas;
  - Termina com a dilatação completa do colo do útero (10 cm.).
- Fase de expulsão
  - Inicia-se quando se dá a dilatação completa do colo do útero;
  - Termina com a expulsão do feto.
- Dequitação
  - Inicia-se após a expulsão do feto;
  - Termina após a expulsão da placenta e das membranas amnióticas.

Para aprofundar a temática das fases do parto consultar o Apêndice XXXI.

As futuras mães ficaram igualmente a saber que existem diversos tipos de parto:

- Parto por via baixa ou vaginal natural;
- Parto por via baixa ou vaginal instrumental;
- Parto por Cesariana.

Para aprofundar a temática dos tipos de parto consultar o Apêndice XXXII.

Apesar das rotinas dos hospitais variar de hospital para hospital, foi dado às grávidas uma noção geral dos acontecimentos no hospital, tendo como modelo o Hospital São Francisco Xavier, desde a chegada da grávida até à alta hospitalar, após o parto.

Foi também demonstrado às utentes a posição a ser adotada no decorrer da fase de expulsão e transmitida qual a respiração adequada a realizar nessa fase, após o que foi demonstrado e praticado com o grupo. Por esta altura, foi também ensinado às grávidas como fazer força para ajudar na expulsão do feto, sendo recrutada a ajuda dos parceiros presentes para simular o parto e de forma a sublinhar a importância do seu apoio no decorrer do trabalho de parto, especialmente, a nível da fase de expulsão.

A sessão número cinco foi exclusivamente centrada na amamentação, tendo sido transmitido às utentes informações essenciais da fisiologia da amamentação, quais os

benefícios desta, quais as alterações possíveis de ocorrer durante a amamentação, tal como demonstradas posições possíveis de adotar no decorrer da gravidez.

Relativamente à fisiologia da amamentação os pontos essenciais que foram transmitidos foram:

- Reflexo da occitocina;
- Fatores hormonais responsáveis pela amamentação.

Para aprofundar a temática da fisiologia da amamentação consultar o Apêndice XXXIII.

Foram também sublinhados os benefícios da amamentação estando estes apresentados no Apêndice XXXIV.

Ao abordar o tema da amamentação é, também, essencial transmitir às utentes quais as alterações possíveis de ocorrer a nível das mamas, durante a amamentação (Apêndice XXXV). Desta forma, foram explicados os mecanismos subjacentes ao engurgitamento mamário, às fissuras dos mamilos, às mastites, tal como a forma correta de evitar/tratar possíveis complicações (Apêndice XXXV).

Antes de se demonstrar as possíveis posições da amamentação (Apêndice XXXVI) foi também transmitido às utentes como é que é feita a pega correta do bebé à mama, tal como quais os sinais que demonstram que essa pega está feita de forma correta (Apêndice XXXVII).

A sexta sessão centrou-se a nível dos cuidados do bebé, mais especificamente do banho, muda de fralda e alimentação reforçando os benefícios da amamentação tendo-se também falado sobre o leite de fórmula.

Em relação ao banho, foi ensinado à mãe a pega correta a realizar quando se está a lavar o bebé, qual a temperatura e a quantidade indicada de água e do local onde a atividade irá decorrer, quais os produtos de higiene a serem utilizados, a posição correta para a mãe/pai no decorrer da atividade mas, também, questões de segurança, quer sobre a forma correta de aquecer a água do banho quer sobre não deixar o bebé sozinho na banheira.

Relativamente à muda de fralda do bebé, foi falado do material necessário e mais adequado, da posição correta para a mãe/pai no decorrer da atividade e questões de segurança relativas ao bebé.

Na sétima sessão, foi transmitido às utentes a importância de mulher cuidar não só do bebé mas também de si, da necessidade de realizar exercícios do Pavimento Pélvico, logo desde o parto, de realizar outros exercícios que podem ajudar na resolução



de possíveis complicações ou exercícios que podem realizar de forma a melhorar a seu bem-estar geral e diminuir os seus desconfortos, tal como manobras possíveis de realizar para diminuir a aderência de possíveis cicatrizes provenientes do parto, quer este tenha sido por cesariana ou via baixa/vaginal.

Nesta sessão, falou-se, também, do papel do pai no suporte à grávida/puérpera a nível parto, dos cuidados com o bebé, à organização da casa ou mesmo no controlo das visitas (Apêndice XXXVIII).

A oitava e última sessão da Preparação para o Nascimento, foi essencialmente voltada para os pais e tinha como principal objetivo incluir os pais, especialmente aqueles que não puderam comparecer a todas as sessões, fazendo uma revisão geral dos principais temas abordados no decorrer das sessões, falando, também, do seu papel quer no parto quer após este, foram, igualmente, abordadas as alterações que iriam ocorrer, após o parto, a nível da relação do casal e da inclusão do novo membro na família, dando-se ênfase às alterações psicológicas e emocionais em ambos os pais, no decorrer da gravidez (Apêndice XXXIX), e às alterações que podem ocorrer após o parto (Apêndice XL) de forma a sensibilizar ambos os pais para os sinais de alerta

## Resultados

	Semana 2	Semana 3	Semana 4
<b>Utente A</b>	-	• Diminuição das dores lombares devido a alterações posturais	-
<b>Utente B</b>	-	-	-
<b>Utente C</b>	-	-	-
<b>Utente D</b>	• Diminuição das dores lombares devido a passar mais tempo sentada durante o trabalho • Diminuição das contracções dolorosas devido a passar mais tempo a descansar	-	-
<b>Utente E</b>	-	-	-
<b>Utente F</b>	-	• Diminuição das dores nas costas devido a aquisição de novas posturas alternativas e mais ergonomicas • Melhorou a nível do refluxo	-

<b>Utente G</b>	-	-	-
<b>Utente H</b>	• Refere diminuição das câimbras	-	-
<b>Utente I</b>	-	-	-
<b>Utente J</b>	• Diminuição da azia através através da ingestão de miolo de amêndoa	-	• Diminuiu a frequência da insónia

	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
<b>Utente A</b>	• Refere melhoria significativas a nível do edema com utilização das meias elásticas durante o dia e elevação dos M.I. durante a noite.	-	-	-
<b>Utente B</b>	-	-	-	-
<b>Utente C</b>	-	-	-	-
<b>Utente D</b>	-	-	-	-
<b>Utente E</b>	-	-	-	-
<b>Utente F</b>	-	-	-	-
<b>Utente G</b>	-	-	-	-
<b>Utente H</b>	-	-	-	-
<b>Utente I</b>	-	-	-	-
<b>Utente J</b>	-	-	-	-

## 5. Discussão

De modo a ser possível uma ponderação sobre o estudo de caso desta classe torna-se essencial começar por compreender se as características da classe são as mais corretas. Desta forma, teremos de analisar as características da classe e das grávidas que nela participaram.

Previamente ao início das classes contactaram-se doze grávidas convidando-as a participar nas sessões de Preparação para o Nascimento, dez delas demonstraram interesse e decidiram participar na classe. Apesar de, entretanto ter havido maior número de inscrições, optou-se por limitar a presença a dez grávidas de modo a possibilitar não apenas a troca de experiências entre as futuras mães mas também um acompanhamento individualizado por parte do fisioterapeuta. De acordo com Nolan, M (2000) a realização da Preparação para o Nascimento com pequenos grupos de grávidas é vantajosa, uma vez que permite ao educador (fisioterapeuta) estabelecer uma relação individual com cada pessoa do grupo, permitindo que se aperceba do processo pessoal de aprendizagem e das necessidades de cada indivíduo, permite, ainda, que os casais se conheçam e possam oferecer, entre si, apoio na transição para a parentalidade. Por outro lado, muitos adultos ficam inibidos na presença de grandes grupos e só transmitem a sua opinião se conhecerem e confiarem nas pessoas a quem se dirigem. Para além das vantagens anteriores, os pequenos grupos permitem, ainda, ao educador utilizar uma maior variedade de técnicas de ensino como a discussão, jogos, exercícios práticos, desempenho de papéis, “brainstorming”, etc.

Apesar das classes serem igualmente abertas aos companheiros das grávidas, poucos foram os parceiros que compareceram a uma classe, existindo no entanto um que acompanhou a grávida a todas as sessões. Esta presença levou à constatação da inexistência de momentos direcionados para o homem, revelando a falta de suporte que estes obtiveram no decorrer das classes. As classes de preparação para o nascimento centraram-se essencialmente na mulher visto esta ser a principal "afetada" pela gravidez e parto no entanto, não podemos esquecer que também é um momento de transição para o homem, a nível psicológico e emocional, em que este se está a preparar para a parentalidade.

Como as características das participantes da classe eram relativamente homogéneas, isto é, habilitações literárias semelhantes, gravidez de um primeiro filho e as expectativas, a intervenção foi também mais fácil e específica, não tendo havendo

necessidade de grandes alterações relativamente aos conteúdos e à forma de transmissão de conhecimentos. Existindo, contudo, sempre especificidades para cada classe e mas especificamente para cada utente.

Devido a estes fatores, consideramos que o grupo foi formado de uma forma adequada para ser possível alcançar os objetivos propostos, sem deixar de prestar cuidados individuais aos diversos membros do grupo.

Procedendo a uma reflexão crítica da classe apresentada, em primeiro lugar é importante sublinhar a ausência de dados relativos à avaliação objetiva das utentes, não só relativamente às queixas/problemas apresentados por cada uma mas, também, relativos ao estado psicológico de cada grávida e à sua qualidade de vida. Esta lacuna, deve-se à organização do procedimento de orientação das grávidas para a Preparação para o Nascimento do Hospital São Francisco Xavier. Esta organização define que a grávida se apresenta numa consulta da Fisiatria, anterior ao início das classes de Preparação para o Nascimento, onde a/o Fisiatra a observa e avalia, dando o seu aval para a grávida participar nas classes de Preparação para o Nascimento. Desta forma, não existe a possibilidade para ser realizada outra avaliação física por parte da Fisioterapia.

De acordo com Petty, N. (2007) a avaliação física realizada pelo fisioterapeuta tem como objetivo determinar quais as estruturas e/ou fatores responsáveis pela sintomatologia dos pacientes. Os procedimentos da avaliação são aplicados de modo a serem confirmadas, ou negadas, as hipóteses colocadas pelo fisioterapeuta, aquando da avaliação subjetiva, sendo aplicadas técnicas específicas para cada sintomatologia/estrutura.

A avaliação física, por parte da Fisioterapia na Preparação para o Nascimento é fundamental para determinar a eficácia das estratégias ensinadas às utentes. Por não ser possível realizar a avaliação física e o tratamento individual, devido às intervenções serem realizadas em grupo, foram ensinadas estratégias gerais para aliviar os diferentes sintomas. Por outro lado, a avaliação objetiva possui também um conjunto de ferramentas essenciais que ajudam a determinar objetivamente se estão, ou não, a ocorrer melhorias efetivas nas queixas apresentadas pelas grávidas e, consequentemente, o seu efeito nas atividades da vida diária e na qualidade de vida. Deste modo, a ausência de dados objetivos limita o Processo da Fisioterapia.

Caso tivesse sido possível realizar um exame mais profundo de cada utente seria importante avaliar as queixas/sintomas referidos pelas utentes. Dessa forma, o exame

objetivo deveria incidir nas queixas dolorosas na região lombar e da zona torácica, na sensação de peso na região do baixo-ventre e nas contrações sentidas pelas utentes.

Para tal, relativamente à dor na região lombar e da zona torácica deveria ter sido realizado um levantamento de fatores que influenciavam a dor, como por exemplo, quais os fatores que melhoravam ou pioravam a dor, qual a intensidade da dor e a sua localização exata, tal como realizar um exame físico específico.

Outros fatores que poderiam ser avaliados eram as contrações através do CTG (o que não faz parte das competências do fisioterapeuta) e possíveis alterações psicológicas/emocionais através da aplicação de escalas específicas. Apesar das competências do fisioterapeuta, também, não incluírem o tratamento destas condições, é essencial que este esteja à alerta para a existência destas alterações, de forma a reencaminhar o utente para o profissional especializado.

Não sendo, no entanto, o exame objetivo a única ferramenta ao dispor do Fisioterapeuta, para avaliação dos utentes, o diagnóstico e prognóstico das utentes, tal como os objetivos de curto e longo prazo foram baseados exclusivamente no exame subjetivo realizado às utentes na primeira sessão da Preparação para o Nascimento e posteriormente nas reavaliações, em todas as sessões.

A avaliação subjetiva foi também uma ferramenta essencial para avaliar a sensação de azia e as insónias das utentes que apresentavam estes sintomas.

Devido á falta de dados objetivos é, portanto, difícil determinar se os objetivos propostos para a classe e para cada utente, especialmente quando relacionados com a melhoria das queixas/sintomas das utentes, foram ou não alcançados. Neste estudo de caso, temos de considerar objetivos gerais definidos para classe e individuais de cada utente. Desta forma, o objetivo principal da classe de Preparação para o Nascimento consiste na transmissão de conteúdos relacionados com a gravidez, o parto e o Pós-Parto de forma a esclarecer dúvidas das mães nestes momentos de ansiedade, medo e dúvidas.

De acordo com Sasamon&Amankwaa (2003) o principal objetivo da Preparação para o Nascimento é preparar o casal para o momento da gravidez, do parto e para o processo de se tornarem pais, aumentando a sua confiança e diminuindo o *stress* nos momentos/acontecimentos que se aproximam, desta forma, é essencial que os objetivos de aprendizagem sobre os temas e da realização de técnicas e/ou estratégias sejam alcançados.

Analisando os objetivos gerais, consideramos que foram alcançados, tendo sido transmitido temas de grande importância para estas etapas, e esclarecidas as dúvidas que

as utentes apresentaram. Através do *feedback* das utentes, podemos afirmar ter atingido os objetivos de transmissão de conhecimentos por todas referirem ter ficado esclarecidas e considerado que os seus conhecimentos relativos às temáticas apresentadas aumentaram estando também menos ansiosas.

De modo a que o principal objetivo fosse atingido, foi ainda disponibilizado às grávidas o contacto telefónico da Fisioterapeuta Paula Domingos, para a eventualidade de surgirem dúvidas posteriormente.

Outro dos objetivos da Preparação para o Nascimento prende-se com o aumento da segurança, quer da grávida quer do parceiro, no decorrer da gravidez, do parto e no Pós-Parto, aumento da satisfação do casal no decorrer destes acontecimentos e, ainda, dar acompanhamento aos pais.

Carroli et al. (2001) entende que o aumento do conhecimento leva a uma diminuição da ansiedade por parte dos pais, devido a estes se sentirem mais preparados para as fases que estão ou irão passar. Sendo possível concluir que ao transmitir os conhecimentos/temáticas aos pais estes se irão sentir menos ansiosos, ter menos medo face aos acontecimentos futuros, pois já têm conhecimentos que lhes permitem lidar com as diferentes situações de forma calma e refletida, ter, também, ferramentas para a tomada de decisões de forma consciente e autónoma.

Relativamente ao *feedback* obtido através dos inquéritos por questionário às utentes, podemos concluir que a classe foi uma mais-valia para as grávidas e que estas se encontravam satisfeitas com as sessões, com a forma como estas foram organizadas e decorreram. No entanto, e apesar dos questionários serem anónimos, existe a possibilidade de as respostas não demonstrarem exatamente o que as utentes consideravam, devido à possibilidade de se saber quem respondeu ao questionário ou por quererem ajudar a Fisioterapeuta pois, antes de serem entregues os questionários foi explicada qual a sua utilização.

Outro fator que não nos permite tirar conclusões efetivas dos questionários é o facto de este ter sido construído pelo próprio fisioterapeuta, com bases nas perguntas que este queria ver respondidas o que pode levar a um desvio dos resultados, não tendo este, sido validado.

O facto de terem sido obtidos resultados positivos no questionário, estes não nos permitem concluir, com toda a certeza, se existiram realmente resultados positivos a nível das queixas das utentes e da quantidade de melhoria obtida. O *feedback* das utentes, no decorrer das sessões, apenas permite concluir que as estratégias utilizadas

tiveram benefícios para as grávidas não permitindo, também, analisar o nível de melhoria.

Por outro lado, na reflexão deste processo deve-se também ter em consideração as expectativas dos utentes. Através do *feedback* dos utentes, verificou-se que as expectativas dos utentes referidas na primeira sessão, como a aprendizagem de aspetos relacionados com o parto e Pós-Parto e trocar experiências com outras grávidas, foram na sua maioria alcançadas.

A informação transmitida às utentes teve como base a literatura existente, e mais atual, sobre variados temas o que exigiu, e exige, uma complexa e constante actualização da formação por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela esta formação.

## 6. Conclusão

Com o estudo de caso apresentado foi possível compreender, concluir e demonstrar que o facto de não ser possível avaliar independentemente as utentes, por parte da Fisioterapia, a função do fisioterapeuta irá estar limitada e condicionada, não sendo possível prestar o melhor cuidado de saúde às utentes. Por outro lado, também, não permite ao profissional avaliar a sua própria intervenção o que condiciona a prestação de cuidados de saúde eficazes, efetivos, individuais e específicos. Assim, facto do processo da Fisioterapia estar incompleto, não permite ao fisioterapeuta aplicar todas as suas competências como Profissional de Saúde especializado.

Um dos fatores que permite ao Fisioterapeuta distinguir-se dos outros Profissionais de Saúde que atuam nesta área é a sua capacidade em avaliar, diagnosticar, criar um plano de tratamento e tratar as utentes, sendo a avaliação objetiva um momento essencial para uma correta intervenção. No entanto, não sendo esta avaliação possível inviabiliza que o fisioterapeuta realize as tarefas que o distinguem dos outros profissionais de saúde.

Através do exame subjetivo (entrevista) e das reavaliações das utentes podemos, no entanto, concluir que existiram melhorias no dia-a-dia das utentes, não sendo possível determinar o nível/grau dessas melhorias, e que a transmissão dos conhecimentos/temas foi eficaz e que levou a uma diminuição da ansiedade das utentes, não sendo, mais uma vez, possível determinar objetivamente a diferença a nível da ansiedade ou mesmo do conhecimento, tendo o fisioterapeuta baseado apenas no *feedback* das utentes.

Teria sido, também, interessante realizar um questionário de satisfação das utentes relativamente às classes, validado e específico para as classes de Preparação para o Nascimento, que não tivesse sido elaborado pelo fisioterapeuta.

Alguns fatores que, na minha opinião, deveriam ser desenvolvidos no futuro são, em primeiro lugar, o suporte dado pelos profissionais de saúde aos pais (homens), dado que estes têm cada vez mais um papel essencial no suporte da grávida e dos cuidados com o bebé. A melhoria do suporte aos pais (homens) permitiria que falassem abertamente dos seus receios e ansiedade, contactando exclusivamente com outros futuros pais (homens) e com o profissional de saúde para poderem livremente colocar as suas dúvidas sem receio de serem “julgados”.



Por outro lado, é ,também, necessário demonstrar que o fisioterapeuta, e toda a sua intervenção (Processo da Fisioterapia), é uma mais-valia nos cuidados de saúde aos futuros pais de forma a promover uma reorganização do sistema Nacional de Saúde, que incluísse os cuidados da Fisioterapia nesta área, de forma a ser possível a prestação de cuidados de saúde de qualidade. Para demonstrar esta mais-valia é essencial que os fisioterapeutas demonstrem que existem ganhos a nível das atividades do dia-a-dia das utentes e da sua qualidade de vida, diminuição das queixas das utentes, diminuição do seu medo e da ansiedade, aumento do seu conhecimento relativamente a temas relacionados com a gravidez, parto e Pós-Parto.

## 7. Bibliografia

- Abeysena, C; Jayawardana, P.; Seneviratne, R. (2010). *Effect of psychosocial stress on maternal complications during pregnancy: A cohort study*. International Journal of Collaborative research on Internal Medicine & Public Health, Vol 2 N° 12 (December 2010) 436-448;
- Alexandre, A. (2010). *O corpo na preparação para o parto: a psicoprofilaxia na gestação*. Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais;
- Amaral, J. (2011). *Censo 2011 e evolução demográfica*. Ata Pediátrica Portuguesa (2011): 42(3):XLIII-IV;
- Bavaresco, G.; Souza, R.; Almeida, B.; Sabatino, J.; Dias, M. (2009). *O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente*. Ciência e Saúde Coletiva (2011) 16 (7):3259-3266
- Bergström, M.; Kieler, H., Waldenström, U. (2009). *Effects of natural childbirth preparation versus standart antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial*.BJOG116: 1167-1176;
- Bergström, M.; Kieler, H., Waldenström, U. (2010). *A randomised controlled multicenter trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education*. Enfermeiras parteiras 27 (2011) e195-e200;
- Blackburn, K., Gillman, M., Haines, J., MacDonald, J., Oken, E., Price, S., Taveras, M. (2011). *First Steps for Mommy and Me: A Pilot Intervention to Improve Nutrition and Physical Activity Behaviors of Postpartum Mothers and Their Infants*. Matern Child Health J
- Bø, K., Berghmans, S. Mørkved, S. Kamper, M. (2007). *Evidenced based physical therapy for the pelvic floor*. Philadelphia: Elvessier Ltd;
- Bø, K., Haakstad, L. (2010). *Is Pelvic floor muscles training effective when taught in a general fitness class in pregnancy? A randomised controlled trial*. Physiotherapy 97:190-195
- Brashaw, E. (2003). *Exercise for pregnancy and childbirth*. Edinburgh: Books for Enfermeiras parteiras;
- Brazelton, T.; Sparrow, J. (2004). *O Método Brazelton - A Criança e a Disciplina*. Lisboa: Editorial Presença;

- Bryanton, J.; Beck, c. (2010). *Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationship*. The Cochrane Collaboration, Issue 12;
- Campos, D., Montenegro, N., Rodrigues, T. (2008). *Protocolos de medicina materno fetal*. Lisboa: Lidel;
- Chang, M.; Wang, S.; Chen, C. (2002). *Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan*. Journal of Advanced Nursing (2002), 38(1), 68-73;
- Colson, S., Hawdon, J., Meek, J. (2008). *Optimal position for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*. Early Human Development;
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (março 2006). *Organização Perinatal Nacional - Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Ministério da Saúde (2006) 1-34 e anexos;
- Crepinsek, MA., Crowe, L., Michener, K., Smart, NA. (2012). *Intervention for preventing mastitis after childbirth*. The Cochrane Collaboratio;
- Cullen, L.; Barlow, J. (2004). *A training and support programme for caregivers of children with disabilities: an exploratory study*. Patient Education and Counseling 55 (2004) 203-209;
- Department of Veterans Affairs e Department of Defense (2009). *Management of Pregnancy*. U.S.A;
- Dumoulin, C. (2007). *Em forma depois do parto*. Climepsi Editores;
- Dusek, J.; Finch, M.; Plotnikoff, G.; Knutson, L. (2011). *Inpatient Pain Management*. Explore March/April (2011), Vol 7, Nº 2: 118-119;
- Dyson, L., McCormick, FM., Renfrew, MJ. (2008). *Interventions for promoting the initiation of breastfeeding*. The Cochrane Collaboration;
- Edvardsson, K., Eurenus, E., Gravare, R., Ivarsson, A., Mogren, I., Nystrom, M., Small, R. (2011). *Giving offspring a healthy start: parents' experiences of health; promotion and lifestyle change during pregnancy and early parenthood*. BioMed Cental
- Enkin, M., Reirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Modnett, E., Hofmeyr, J (2010). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford;
- Enkin, M.,Kaczorowski, J., Levitt, C., McMaster University Postpartum Research Group., Sellors, J., Shaw, E., Springate, R., Wong, S. (2004). *Systematic Review*

*of the Literature on Postpartum Care: Metodology and Literature Search Results.*  
BIRTH;

- Fallon, A., Devane, D., Dring, C., Engel, C., Fealy, G., Moylett, EH. (2011). *Baby-led versus scheduled breastfeeding for healthy newborns (Protocol)*. The Cochrane Collaboration;
- Fenwick, J.; Bayes, S.; Johansson, M. (2012). *A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectation of Australian Fathers-to-be*. Sexual & Reproductive Healthcare 3 (2012): 3-9;
- Fewtrell, M. (2011). *The evidence for public health recommendations on infant feeding*. Early human development, 87: 715-721;
- Figueiredo, B.; Conde A. (2011). *Anxiety and depression symptoms in womem and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects*. Journal of Affective Disasters 132 (2011) 146-157;
- Gagnon, AJ., Sandall, J. (2011). *Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both (Review)*. The Cochrane Collaboration;
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-fetal*. Lisboa: LIDEL;
- Gürol, A.; Polat, S. (2012). *The Effects of Baby Massage on Attachment between Mother and their Infants*. Asian Nuring Research 6 (2012) 35-41;
- Hart, R.; McMahon, C. (2006). *Mood state and psychological ajustment to pregnancy*. Archives of Women's Mental Health (2006) 9: 329-337;
- Hasan, R.; Baird, D.; Herring, A.; Olshan, A.; Funk, M.; Hartmann, K. (2010). *Patterns and Predictors of Vaginal Bleeding in the first Trimester of Pregnancy*. Ann Epidemiol (2010), 20: 524-531;
- Hay-Smith, J.; Morkved, S.; Fairbrother KA.; Herbison, GP. (2009). *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by Jonh Wiley & Sons, Ltd (2009), 1-70;
- Henry, A.; Nand, S. (2004). *Intrapartum pain management at the Royal Hospital for Womem*. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (2004): 44: 307-313;
- Henscher, U. (2007). *Fisioterapia em ginecologia*. São Paulo: Livraria Editora Santos;
- Holzman, C.; Eyster, J.; Tiedje, L.; Roman, L.; Seagull, E.; Rahbar, M. (2006). *A Life Course Perspetive on Depressive Symptoms in Mid-Pregnancy*. Maternal and Child Health Journal, Vol 10, Nº 2, (march 2006) 127-138;

- Huisstede, B., Glerum, S., Hoogvliet, P., Koes, B., Middelkoop, M., Randsdorp, M. (2010). *Carpal Tunnel Syndrome. Part I - Effectiveness of Nonsurgical Treatments - A Systematic Review*. Arch Phys Med Rehabil - Vol 91;
- International Organization of Physical Therapists in Women's Health (2005). *Scope of practice*. IOPTWH - November 2005;
- Irion, J. e Irion, G. (2010). *Women's Health in Physical Therapy*, Philadelphia: The point;
- Ko, P.; Liang, C.; Chang, S.; Lee, J.; Cheng, P. (2011). *A randomized controlled trial of antenatal pelvic floor exercises to prevent and treat urinary incontinence*. Int Urogynecol J (2011) 22. 17-22;
- Kramer, MS., Kakuma, R. (2009). *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)*. The Cochrane Collaboration;
- Kuhn, C.; Schanberg, S.; Field, T.; Grizzle N.; Scafidi F.; Abrams, S.; Richardson, S. (1996). *Massage Therapy for Infants of Depressed Mothers*. Infant Behavior and Development 19 (1996), 107-112;
- Kwekkeboom, L.;Gretarsdottir (2006). *Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain*. Journal of Nursing Scholarship, 38:3 (2006) 269-277;
- Lund, I. (2000). *Massage as a Pain Relieving Method*. Physiotherapy (2000) vol 86; 12/vol 86/nº 12: 638-639, 654;
- Maina, G.; Saracco, P.; Giolito, M.; Danelon, D.; Bogetto, F.; Todros, T. (2008). *Impact of maternal psychological distress on fetal weight, prematurity and intrauterine growth retardation*. Journal of Affective Disorders 111 (2008) 214-220;
- Mangesi, L., Dowswell, T. (2010). *Treatments for breast engorgement during lactation (Review)*. The Cochrane Collaboration;
- Manhe, J., Haslam, J., Barton, S. (2004). *Physiotherapy in obstetrics and gynecology*. London: Buherworth Heinemann;
- Mason, L.; Roe, B.; Wong, H.; Davies, J.; Bamber, J. (2010). *The role of antenatal pelvic floor muscle exercises in prevention of postpartum stress incontinence: a randomised controlled trial*. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing (2010), 19, 2777-2786;
- McCrea, B.; Wright, M.(1999). *Satisfaction in childbirth and perceptions of personal in pain relief during labour*. Journal of Advanced Nursing, (1999) 29(4), 877-884;
- Meades, R.; Ayers. S. (2011). *Anxiety measures validated in perinatal populations: A systematic review*. Journal of Affective Disorders 133 (2011) 1-15;

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2008). *Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman*. London: RCOG Press;
- Nogueira, Z.; Pereira, A.; Correia, R.; Freitas, J.; Cabral, A.; Bernardes, J. (2011). *Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e o Brasil*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia (2010)33(9): 234-239;
- Novaes, F.; Shimo A.; Lopes M. (2006). *Lombalgia na Gestação*. Rev Latino-am Enfermagem (2006) Julho-Agosto; 14(4):620-4;
- O'Connor, D.; Marshall, Shawn.; Massy-Westropp, N.; Pitt, V. (2012). *Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome*. The Cochrane Collaboration (2012) Issue 7
- Peart, K. *Managing labour pain safely*. Australian Journal of Advanced Nursing, Volume 25 number 3, 43-48;
- Petersen, J.; Paulitsch, M.; Guethlin, C.; Gensichen, J.; Jahn, A. (2009). *A survey on worries of pregnant women - testing the German version of the Cambridge Worry Scale*. BMC Public Health (2009), 9:490;
- Petty, N. (2007). *Exame e Avaliação Neuro-músculo-esquelética*. Loures: Lusodidatica;
- Renkert, S.; Nutbeam, D. (2006). *Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study*. Health Promotion Internacional Vol. 16 N° 4 381-388;
- Salvesen, K.; Morkved, S. (2004). *Primary care*. BMJ Volume 329, 378-380;
- Sapsford, D., Bullock-Saxton, J., Markwell, S. (2006). *Women's health: a textbook for physiotherapists*. Edinburgh: WS Saunders Company Ltd.;
- Saraiva, H. (2010). *Aleitamento Materno - Promoção & Manutenção*. Lisboa: LIDEL;
- Schmied, V.; Myors, K.; Wills J.; Cooke M. (2002). *Preparing Expectant Couples for New-Parent Experiences. A Comparison of Two Models of antenatal Education*. The Journal of Perinatal Education (2002) Vol. 11 N° 3 22-27
- Schneider, Z. (2002). *An Australian study of women's experiences of their first pregnancy*. Enfermeiras parteiras (2002) 18, 238-249;
- Simki, P.; O'Hara, M. (2002). *Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods*. Am J Obstet Gynecol (May 2002) S132-S159;
- Spiby, H.; Henderson, B.; Slade, P.; Escott, D.; Fraser, R. (1999). *Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice?* Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing (1999), 29(2), 388-394;

- Stables, R.; Rankin, J. (2011). *Physiology in childbearing*. Philadelphia: Baillière Tindal, Elsevier;
- Stolp-Smith, K.; Pascoe, M.; Ogburn, P. (1998). *Carpal Tunnel Syndrome in Pregnancy: Frequency, Severity, and Prognosis*. Arch Phys Med Rehabil (October 1998), Vol 79;
- Su, L.; Chong, Y.; Chan, Y.; Chan, Y.; Fox, D.; Tun, K.; Ng, F.; Rauff, M. (2007). *Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial*. BMJ Research;
- Urech, C.; Fink, N.; Hoesli I.; Wilhelm, F.; Bitzer, J.; Alder, J. (2010). *Effects of relaxation on psychobiological wellbeing during pregnancy: A randomized controlled trial*. Psychoneuroendocrinology (2010) 35, 1348-1355;
- Verhagen, A.; Karels, C.; Bierma-Zeinstra, S.; Feleus, A.; Dahaghin, S.; Burdorf, A.; Koes, B. (2007). *Exercise proves effective in a systematic review of work-related complaints of the arm, neck, or shoulder*. Journal of Clinical Epidemiology 60 (2007) 110-117;
- Waldenström, U. (2007). *Normal childbirth and evidence based practice*. Women and Birth (2007) 20, 175-180;
- Wee, K.; Skouteris, H.; Pier, C.; Richardson, B.; Milgrom, J. (2011). *Correlates on ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review*. Journal of affective Disorders 130 (2011): 358-377;
- Wee, M. (2005). *Alternative pain relief techniques*. Women's Health medicine 2:4: 21-24
- Wright, M.; McCrea, H.; Stringer, M.; Murphy-Black, T. (2000). *Personal control in pain relief during labour*. Journal of Advanced Nursing (2000), 32(5), 1168-1177;
- Yildirim, G.; Sahin, N. (2004). *The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women*. Pain Res Manage Vol 9 N° 4 Winter 2004: 183-187;
- Zampieri, M.; Gregório, V.; Custódio, Z.; Regis, M.; Brasil, C. (2010). *Processo educativo com gestantes e casais grávidos: Possibilidade para transformação e reflexão da realidade*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis 2010 Out-Dez; 719-727;

## Apêndices



## Apêndice I

### Alterações durante a gravidez

## Apêndice II

### Sintomas ligados a gravidez

## Apêndice III

### Complicações na gravidez

## Apêndice IV

### CIF da Utente A

## Apêndice V

### CIF da Utente B

## Apêndice VI

### CIF da Utente C

## Apêndice VII

### CIF da Utente D

## Apêndice VIII

### CIF da Utente E



## Apêndice IX

### CIF da Utente F

## Apêndice X

### CIF da Utente G

## Apêndice XI

### CIF da Utente H

## Apêndice XII

### CIF da Utente I

## Apêndice XIII

### CIF da Utente J

## Apêndice XIV

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente A

## Apêndice XV

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente B

## Apêndice XVI

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente C



## Apêndice XVII

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente D

## Apêndice XVIII

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente E

## Apêndice XIX

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente F

## Apêndice XX

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente G

## Apêndice XXI

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente H

## Apêndice XXII

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente I

## Apêndice XXIII

### Diagnóstico, Prognóstico e Objetivo da Utente J

## Apêndice XXIV

### A aprendizagem do adulto e a Preparação para o Nascimento



## Apêndice XXV

### Pavimento Pélvico

## Apêndice XXVI

### Sintomas de risco

## Apêndice XXVII

### Métodos de alívio de dor

## Apêndice XXVIII

### Sinais de parto

## Apêndice XXIX

### Atuação aquando os sinais de parto

## Apêndice XXX

### Episiotomia

## Apêndice XXXI

### Fases do parto

## Apêndice XXXII

### Tipos de parto



## Apêndice XXXIII

### Fisiologia da amamentação

## Apêndice XXXIV

### Benefícios da amamentação

## Apêndice XXXV

### Alterações mamárias no decorrer da amamentação

## Apêndice XXXVI

### Posições da amamentação

## Apêndice XXXVII

### Pega correta do bebé à mama

## Apêndice XXXVIII

### Papel do pai

## Apêndice XXXIX

### Alterações psicológicas e emocionais da gravidez

## Apêndice XL

### Alterações emocionais e psicológicas após o parto



### Parte 3 – Considerações finais

#### 1. Relação entre as duas partes do trabalho

Com é possível observar, o presente relatório de estágio é constituído por uma partes (parte I) referente às atividades realizadas no decorrer do estágio e uma outra parte (parte II), constituída pelo estudo de caso.

Como já foi referido, o estágio ocorreu em dois locais distintos, o Centro de Saúde de Sintra e o Hospital São Francisco Xavier, e em três áreas distintas da Saúde da Mulher, a Preparação para o Nascimento, o Pós-Parto e as Disfunções do Pavimento Pélvico.

No Centro de Saúde de Sintra, o estágio foi realizado nas áreas de Preparação para o Nascimento e Pós-Parto enquanto no Hospital São Francisco Xavier foi também incluída a área de Disfunções do Pavimento Pélvico, para além da Preparação para o Nascimento e Pós-Parto.

O estudo de caso diz, portanto, respeito a uma classe de Preparação para o Nascimento, no Hospital São Francisco Xavier, tendo sido dada em parceria com a Orientadora de Estágio e Fisioterapeuta Paula Domingos.

A Preparação para o Nascimento é uma das áreas de intervenção da Fisioterapia e da Saúde da Mulher no Hospital São Francisco Xavier, existindo uma equipa de profissionais com formação específica nesta área e, por isso, dão as classes.

As sessões, por sua vez, já estão organizadas, encontrando-se os temas esquematizados e distribuídos de forma lógica ao longo das sessões, devendo o fisioterapeuta seguir essa ordem, existindo, no entanto, a liberdade de a alterar, consoante as necessidades das utentes e dos seus companheiros incluídos nas classes.

#### 2. Ganhos pessoais

A opção de realizar o estágio, no decorrer do mestrado, teve como base as dificuldades/lacunas pessoais que identifiquei e a crença de que o estágio seria uma boa opção e ocasião, além dum excelente método, para as superar.

Os objetivos, por mim definidos, no início do estágio, procuraram evidenciar e eliminar as lacunas pessoais identificadas. A melhoria da minha atuação, através da minimização dos meus pontos fracos, ocasionou uma alteração qualitativa nos cuidados de saúde prestados, permitindo que os utentes presentes nas classes tivessem acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A realização deste estágio permitiu, ainda, aumentar substancialmente os meus conhecimentos em diversas temáticas, concretizando, mais uma vez, os objetivos definidos. Constituíram, também, importantes mais-valias a melhoria na minha comunicação com os futuros pais e utentes, no meu à vontade e na comunicação oral, quer com os utentes quer com outros profissionais de saúde, melhorando a autoconfiança relativamente às minhas capacidades e conhecimentos.

Considero que o estágio foi um meio essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por outro lado, o contacto com outros profissionais da área da saúde e o trabalho em parceria com outros fisioterapeutas, permitiu compreender a existência de outras falhas, inicialmente não detetadas, aumentando a minha capacidade de autoanálise, o que é um ganho extremamente importante para a minha atividade profissional.

Os ganhos, contudo, não foram apenas obtidos no decorrer do estágio mas, também, no decorrer da realização do presente relatório de estágio. A sua execução constituiu um excelente momento de aprofundamento de conhecimentos, de reflexão pessoal, de análise do Processo da Fisioterapia e do Sistema Nacional de Saúde relativamente à intervenção da Fisioterapia.

### 3. Limitações pessoais

As limitações pessoais, no decorrer do estágio, estiveram, essencialmente relacionados com alguma falta de confiança nos meus conhecimentos, falta de experiência, não só a nível profissional como fisioterapeuta mas, também, a nível da exposição oral perante um elevado número de pessoas.

Desta forma, alguma falta de confiança esteve presente, essencialmente, no momento de esclarecimento de dúvidas das utentes. O facto de as aulas serem dadas em parceria, com outra fisioterapeuta, exigente e experiente, fez-me, por vezes, ter receio de dar respostas menos corretas, pelo que, por vezes, dirigia-lhe as perguntas. Por outro

lado, este facto também revela consciência profissional: uma resposta necessita da certeza da sua correção.

A minha falta de experiência era um pouco mais evidente durante as sessões do Pós-Parto, quando era necessário organizar e liderar as sessões, podendo, por vezes, causar a ideia de alguma desorganização.

Por outro lado, as dificuldades iniciais de análise e autocrítica dificultaram-me a identificação de falhas na minha prestação mas o momento de avaliação do modo como tinha corrido a sessão, com a outra fisioterapeuta, tornou-se clarificador, permitindo a minha perceção. As falhas identificadas pela avaliação, relacionaram-se, essencialmente, com a transmissão da informação e com a organização dessa mesma sessão.

Outra limitação pessoal, de que me fui apercebendo, durante as sessões, e que tentei corrigir durante o estágio, relacionava-se com a organização das sessões, que, por vezes, não correspondiam ao que a Fisioterapeuta considerava mais adequado. Penso que este facto se relacionava com a não compreensão exata das solicitações da fisioterapeuta e pela minha inexperiência em seleccionar os pontos mais importantes, dentro de cada tema.

Após o estágio, considero que a falta de experiência continuará, durante algum tempo, a influenciar a minha prestação como profissional, no entanto, o agir com cautela, solicitando a ajuda e a opinião dos mais experientes, serão cuidados essenciais no meu desempenho. Considero que todas as outras limitações, que identifiquei, são passíveis de serem ultrapassadas com trabalho, com a continuação de desenvolvimento pessoal e profissional e com a reflexão do que foi realizado no decorrer das sessões e tratamentos.

No decorrer da realização do estudo de caso, confrontei-me com algumas limitações a nível do raciocínio clínico e da transmissão desse mesmo raciocínio. Para isso contribuíram os factores que já identifiquei e, ainda, o facto de as sessões apenas terem sido organizadas na véspera, sem discussão prévia do que seria necessário e passível de ser realizado, influenciando na realização do estudo de caso. Apesar desta limitação, considero profundamente enriquecedor a realização do estudo de caso.

#### 4. Perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal, dificuldades e oportunidades

As minhas perspetivas futuras de desenvolvimento pessoal abrangem diversas áreas como o autoconhecimento, o conhecimento de outras perspetivas e objetivos de vida, assim como a continuação do desenvolvimento profissional.

Para aumentar o meu conhecimento pessoal, tenho de aumentar a minha capacidade de autoavaliação e de autocrítica, de forma a compreender melhor os meus pontos fortes e as minhas limitações, com o objetivo de me aperfeiçar como pessoa e como profissional de saúde.

Por outro lado, pretendo ter contacto com outras culturas, através de viagens para conhecer outras perspetivas de vida e outras formas de pensar, para uma melhor compreensão dos outros e das outras culturas com o objetivo de aumentar a minha aceitação dos outros, sem preconceitos ou estereótipos. Por outro lado, considero de extrema importância o conhecimento da Fisioterapia realizada noutros países, especialmente países em que a Fisioterapia se encontra mais desenvolvida, para detetar aperfeiçoamentos necessários para melhorar os cuidados de saúde, nesta área.

Pretendo também aumentar o meu conhecimento em diversas áreas de interesse pessoal, não ligadas diretamente com a minha área profissional, mas que podem complementar a minha intervenção e melhorar os cuidados de saúde prestados.

O meu objetivo pessoal principal atualmente é aplicar e desenvolver os meus conhecimentos na área da Fisioterapia, de preferência na área da Saúde da Mulher, por me ter suscitado tanto interesse e motivação, o que passa, necessariamente, por encontrar um emprego, nesta área. Por outro lado, de forma a continuar o meu desenvolvimento profissional, que considero importante, pretendo manter-me atualizada relativamente às novas descobertas e guidelines mas, também, através do aprofundamento dos meus conhecimentos de Fisioterapia, em particular nas áreas da Saúde da Mulher: Preparação para o Nascimento, Pós-Parto, Disfunções do Pavimento Pélvico, Oncologia, Dermato-Funcional...

## 5. Propostas futuras de desenvolvimento da profissão, dificuldades e oportunidades

Para o desenvolvimento da profissão é necessário, antes de mais, demonstrar, especialmente a outros profissionais de saúde, que a Fisioterapia é uma mais-valia na prestação de cuidados, e de acordo com o âmbito deste relatório, na área da Saúde da Mulher e que os benefícios da sua intervenção são efetivos. A sua demonstração passa pela evidência desses benefícios, identificados através de estudos científicos e, posteriormente, tornando-os disponíveis a outros profissionais de saúde. Através do aumento da visibilidade da Fisioterapia e do conhecimento científico, nesta área, a procura e o encaminhamento de utentes, por parte de outros profissionais irá, inevitavelmente, aumentar.

Por outro lado, diversos factores têm condicionado negativamente a saúde, no nosso país, em particular a prestação de cuidados de saúde: a crise económica com a consequente diminuição dos gastos em saúde, a diminuição da procura dos cuidados efetivos de saúde e, na área da Saúde da Mulher, a diminuição do número de nascimentos. Neste contexto, urge que os fisioterapeutas apostem na qualidade dos cuidados prestados, tornando evidente a qualidade dos seus serviços.

A criação de uma Ordem dos Fisioterapeutas, a publicação de legislação que regule o ensino das Universidades e o acesso à profissão constituem factores que permitem dar expressão profissional à classe, afirmando-a publicamente, contribuindo para a relevância da Fisioterapia.

Através das medidas propostas pensa-se originar não apenas mais cuidados de saúde mas cuidados de saúde especializados e de qualidade, em constante crescimento e desenvolvimento, que aumentem e melhorem os cuidados prestados nas diferentes áreas da Fisioterapia, e, neste particular, na área da Saúde da Mulher.

Parte 4 – Parecer final do tutor

**Parecer final do responsável pela unidade curricular “Estágios”**

Joana Silva, aluna inscrita no 2º ano do curso de mestrado em Fisioterapia, apresenta relatório de estágio desenvolvido no serviço de Fisioterapia do Hospital S. Francisco Xavier

Declaro e comprovo que li o presente relatório de estágio e que está em condições de ser apresentado e discutido publicamente

Assinatura do orientador de estágio



Maria de Fátima Batista Sancho

Oeiras , 13 de Agosto de 2012

## Parte 5 – Curriculum Vitae do aluno

**Europass-Curriculum Vitae****Informação pessoal**

**Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)** **Vaz Rodrigues da Silva, Joana**  
**Morada(s)** Praça Ordem de Cristo nº6, 5ºB 2675-597 ODIVELAS  
**Telefone(s)** 219329164 **Telemóvel:** 963873833  
**Correio(s) eletrónico(s)** ft.joanasilva@gmail.com  
**Nacionalidade** Portuguesa  
**Data de nascimento** 24 de novembro de 1987  
**Sexo** Feminino

**Emprego pretendido / Área funcional** **Fisioterapia**

**Experiência profissional** Estágios integrados no curso, nas áreas de músculo-esquelética, neurologia, Fisioterapia respiratória, geriatria, oncologia, comunidade, saúde e bem-estar, pediatria, ortopedia e saúde da mulher, em hospitais e clínicas na área da Grande Lisboa, centro de saúde de Sintra e Wellness Center, na ilha Terceira, Açores.  
Estágio integrado no programa ERASMUS, na Finlândia, com duração de três meses em diversos hospitais e clínicas.

**Datas** No ano letivo de 2005/2006 – três estágios, na área da músculo-esquelética e da Fisioterapia respiratória, no Hospital Pulido Valente e no Hospital Santana.

No ano letivo de 2007/2008 - Estágio na área de oncologia, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

No ano letivo de 2008/2009 – Três estágios, com duração de um mês, cada, na área de músculo-esquelética (Clínica Fisiológica), Fisioterapia respiratória (Hospital dos Lusíadas) e neurologia (Hospital Egas Moniz), geriatria (Hospital Egas Moniz).  
E um estágio de três meses na Finlândia, na Universidade de Lahti, na área da músculo-esquelética, neurologia, patologias crónicas degenerativas (Hospital de Artrite Reumatóide) e projetos de intervenção escolar.

No ano letivo de 2009/2010 –foram realizados três estágios, com duração de um mês cada, nas áreas de comunidade (Wellness Center e Centro de Saúde de Sintra), saúde e bem-estar (Wellness Center), pediatria (Hospital Dona Estefânia), Saúde da Mulher (Centro de saúde de Sintra).

Função ou cargo ocupado	Fisioterapeuta
Principais atividades e responsabilidades	Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor.
Principais disciplinas/competências profissionais	Neurologia; Fisioterapia Respiratória; Músculo-Esquelética; Oncologia; Comunidade; Pediatria; Hidroterapia; Relaxamento.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Experiência profissional** Fisioterapeuta no Centro de Fisioterapia dos Pedernais com atuação nas áreas de doenças reumatológicas e músculo-esqueléticas.

Datas De Setembro a Dezembro de 2010

Função ou cargo ocupado Fisioterapeuta

Principais atividades e responsabilidades Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor.

Principais disciplinas/competências profissionais Neurologia; Músculo-Esquelética; Reumatologia.

Nome e tipo de organização Clínica de Fisioterapia dos Pedernais, Odivelas

**Experiência profissional** Estagio Profissional não Remunerado na clínica Reabilitatus com atuação nas áreas de doenças reumatológicas, músculo-esqueléticas, oncologia; Fisioterapia Respiratória e neurologia.

Datas De Outubro de 2012 a Fevereiro 2013

Função ou cargo ocupado Fisioterapeuta

Principais atividades e responsabilidades Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor.

Principais disciplinas/competências profissionais Neurologia; Músculo-Esquelética; Reumatologia; Oncologia, Respiratória.

Nome e tipo de organização Clínica Reabilitatus, Queluz

**Experiência profissional** Fisioterapeuta na clínica Reabilitatus com atuação nas áreas de doenças reumatológicas, músculo-esqueléticas, oncologia; Fisioterapia Respiratória e neurologia.

Datas Março, Abril, Agosto de 2013

Função ou cargo ocupado Fisioterapeuta

Principais actividades e responsabilidades Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor

Principais disciplinas/Competências profissionais Neurologia; Músculo-Esquelética; Reumatologia; Oncologia, Respiratória

Nome e tipo de organização Clinica Reabilitatus, Queluz



**Experiência profissional** Fisioterapeuta por conta própria (domicílios)

Datas Desde Setembro de 2010

Função ou cargo ocupado Fisioterapeuta

Principais actividades e responsabilidades Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor

Principais disciplinas/Competências profissionais Neurologia; Fisioterapia Respiratória; Músculo-Esquelética; Oncologia; Comunidade; Pediatria; Hidroterapia; Relaxamento.

**Experiência profissional** Fisioterapeuta no gabinete de Fisioterapia da Clinifamões com atuação nas áreas de doenças reumatológicas, músculo-esqueléticas, oncologia; Fisioterapia Respiratória e neurologia

Datas Desde Setembro de 2013

Função ou cargo ocupado Fisioterapeuta

Principais actividades e responsabilidades Avaliação do utente, plano de tratamento, execução da terapêutica, reavaliação do utente e alteração do plano de tratamento (quando necessário) atividades estas realizadas frequentemente sob a orientação de um tutor

Principais disciplinas/Competências profissionais Neurologia; Fisioterapia Respiratória; Músculo-Esquelética; Oncologia; Comunidade; Pediatria; Hidroterapia; Relaxamento

Nome e tipo de organização Gabinete de Fisioterapia da Clinifamões, Odivelas

	Compreensão				Conversação				Escrita	
Autoavaliação										
Nível europeu (*)	Compreensão oral		Leitura		Interação oral		Produção oral			
Língua	C1	Inglês	C2	Inglês	C2	Inglês	C2	Inglês	C1	Inglês
Língua										

(\*) [Nível do Quadro Europeu Comum de Referência \(CECR\)](#)

Aptidões e competências sociais Facilidade de comunicação e de criação de relações de proximidade e de empatia devido às minhas características pessoais e à experiência de contacto direto com os utentes, durante os estágios

Aptidões e competências de organização Conhecimento, ao nível, teórico do funcionamento das organizações devido à integração, no currículo do curso, de uma disciplina de Organização e Gestão em Fisioterapia.

Aptidões e competências técnicas Aptidões e competências técnicas inerentes à aprendizagem, com sucesso, das competências inerentes à profissão de fisioterapeuta. Adquiridas numa prestigiada escola.

Aptidões e competências informáticas Curso de utilização avançada do Microsoft Office (domínio do word, excel, power point) e facilidade de aprendizagem na utilização de outros softwares

Aptidões e competências artísticas Produção de Bijuteria e pintura de tecidos.

Outras aptidões e competências Realizei ginástica desportiva e acrobática durante dez anos, tal como natação, tendo participado em diversas competições.

Carta de condução B – com viatura própria

**Informação adicional** Coordenação e monitorização de crianças em colónias de férias  
Voluntariado na Associação Portuguesa de Neurofibromatose  
Dadora de Sangue  
Dadora de Medula